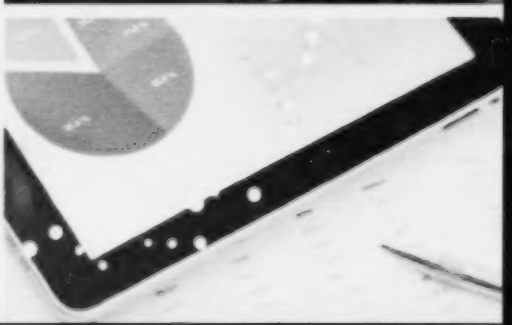


2011-2012

# RAPPORT ANNUEL *de gestion*

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Québec

CE DOCUMENT A ÉTÉ PRODUIT PAR :

**Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie**

300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1
Téléphone : 819 566-7861
Télécopieur : 819 569-8894

## Coordination

Service de la performance, de la qualité et des communications
Direction de la performance, de la qualité, des communications et des ressources humaines

## Rédaction

Directions de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

## Révision des textes et graphisme

Service de la performance, de la qualité et des communications
Direction de la performance, de la qualité, des communications et des ressources humaines

## Diffusion

Service de la performance, de la qualité et des communications
Direction de la performance, de la qualité, des communications et des ressources humaines

## Dépôt légal

ISBN 978-2-923743-77-6 (version imprimée)
ISBN 978-2-923743-78-3 (version PDF)
Dépôt légal - Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2012
Dépôt légal - Bibliothèque et archives du Canada, 2012

---

*Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.*

*Pour obtenir copie de ce document, vous pouvez communiquer avec le Service de la performance, de la qualité et des communications de la Direction de la performance, de la qualité, des communications et des ressources humaines, au numéro suivant : 819 829-3400, poste 42548. Ce document est également disponible sur le site Internet de l'Agence, à l'adresse suivante : www.santeestrie.qc.ca*

# TABLE DES MATIÈRES


**1 MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE** ..... 6

**2 DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES** ..... 8

**3 RÔLE ET ÉTAT GÉNÉRAL DU FONCTIONNEMENT DE L'AGENCE** ..... 10

3.1 Mission et valeurs de l'Agence ..... 10
3.2 Territoire couvert et sa population ..... 10
3.3 Réseau d'établissements de santé et de services sociaux ..... 11
3.4 Organismes communautaires ..... 13
3.5 Conseil d'administration ..... 13
3.6 Forum de la population ..... 13
3.7 Comité de vigilance et de la qualité ..... 14
3.8 Comité de vérification du conseil d'administration ..... 15
3.9 Commission infirmière régionale de l'Estrie
Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie ..... 16
3.10 La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée ..... 18
3.11 Le Comité régional sur les services pharmaceutiques ..... 20
3.12 Département régional de médecine générale ..... 21

**4 ENJEUX PRIORITAIRES** ..... 24

**4.1** *ENJEU 1: Une consolidation de l'organisation des services de santé et des services sociaux, en partenariat avec les établissements, les organismes communautaires et les divers partenaires du réseau, dont les GMF et les pharmacies communautaires, adaptés aux besoins de la population pour assurer une meilleure accessibilité, continuité, et qualité des services* ..... 24

4.1.1 *Orientation: Adapter l'organisation des services de santé et des services sociaux en fonction des besoins de la clientèle et du vieillissement de la population* ..... 24
4.1.1.1 Services adaptés aux besoins de la population ..... 24

4.1.2 *Orientation: Consolider l'offre de service de première ligne et de services spécialisés pour une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services* ..... 24
4.1.2.1 Programmes-services ..... 24

4.1.3 *Orientation: Favoriser l'arrimage entre les services de première ligne et les services spécialisés* ..... 33
4.1.3.1 Services de consultation spécialisée à l'endroit de la première ligne ..... 33

4.1.4 *Orientation: Développer un partenariat privilégié dans la mise en réseau des services* ..... 33
4.1.4.1 Mécanismes de concertation ..... 33

4.1.5 *Orientation: Assurer la qualité des soins et des services de santé et des services sociaux offerts* ..... 34
4.1.5.1 Amélioration continue de la qualité ..... 34
4.1.5.2 Plan des mesures d'urgence ..... 36
4.1.5.3 Prestation sécuritaire ..... 37
4.1.5.4 Certification des résidences pour personnes âgées et autres clientèles ..... 38

**4.2** *ENJEU 2 : La maximisation de notre capacité d'attraction, de rétention et d'adaptation à l'évolution de la pénurie actuelle et appréhendée en ressources humaines, dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie* ..... 39

4.2.1 *Orientation: Augmenter le pouvoir d'attraction du secteur de la santé et des services sociaux* ..... 39
4.2.1.1 Recrutement de la main-d'oeuvre ..... 40

4.2.2 *Orientation: Améliorer les processus de recrutement des établissements* ..... 41
4.2.2.1 Recrutement de la main-d'oeuvre ..... 41

4.2.3 *Orientation: Accroître le taux de rétention de la main d'oeuvre dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie* ..... 41
4.2.3.1 Rétention de la main d'oeuvre ..... 41

4.2.4 *Orientation: Positionner le développement des compétences auprès des employeurs et du personnel du secteur comme source privilégiée de motivation de la main-d'oeuvre et d'amélioration de la performance des établissements* ..... 42
4.2.4.1 Développement des compétences des ressources humaines ..... 42

4.2.5 *Orientation: Bonifier la programmation des activités de développement des compétences en fonction des besoins spécifiques des établissements* ..... 42
4.2.5.1 Développement des compétences des ressources humaines ..... 42

4.2.6 *Orientation: Développer une image de marque et d'employeurs de choix dans notre région aux yeux des candidates et des candidats, ainsi que du personnel* 43
4.2.6.1 Connaissance et reconnaissance du réseau estrien et mobilisation du secteur de la santé et des services sociaux 43
4.2.7 *Orientation: Mobiliser l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux autour du réseau estrien et des enjeux de la planification de la main-d'œuvre* 45
4.2.7.1 Connaissance et reconnaissance du réseau estrien et mobilisation du secteur de la santé et des services sociaux 45

**4.3** *ENJEU 3 : La mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 et de sa mise à jour 2010* 45
4.3.1 *Orientation: Accentuer les mesures de promotion de la santé et du bien-être, et de prévention primaire des maladies dans tous les domaines de la santé publique* 46
4.3.1.1 Développement, adaptation et intégration sociale 46
4.3.1.2 Habitudes de vie et maladies chroniques 49
4.3.1.3 Traumatismes non intentionnels 53
4.3.1.4 Maladies infectieuses 53
4.3.1.5 Santé environnementale 54
4.3.1.6 Santé au travail 55
4.3.2 *Orientation: Utiliser des méthodes et des stratégies efficaces pour agir dans les différents domaines de la santé publique* 55
4.3.2.1 Action intersectorielle 55
4.3.2.2 Pratiques cliniques préventives 55
4.3.2.3 Soutien au développement des communautés 56
4.3.3 *Orientation: Assurer la protection de la santé publique par une vigie sanitaire et par l'application des lignes directrices lors de signalements, d'éclosions, ou de déclarations de maladies ou d'intoxications à déclaration obligatoire* 56
4.3.3.1 Maladies infectieuses 56
4.3.3.2 Santé environnementale 57
4.3.3.3 Santé au travail 58

**4.4** *ENJEU 4 : La performance par l'amélioration de la productivité, les méthodes de suivi de gestion et l'optimisation des ressources* 58
4.4.1 *Orientation: Répondre aux défis par le développement d'organisation performante et novatrice* 58
4.4.1.1 Ressources humaines 58
4.4.1.2 Productivité 59
4.4.2 *Orientation: Assurer une gestion rigoureuse en optimisant l'utilisation des ressources disponibles* 59
4.4.2.1 Ressources matérielles 59
4.4.2.2 Ressources informationnelles et technologiques 59
4.4.3 *Orientation: Relever les défis de santé financière par la diminution des dépenses administratives* 60
4.4.3.1 Services administratifs 60
4.4.4 *Orientation: Mettre en œuvre des mécanismes de négociation des ententes de gestion mobilisants* 61
4.4.4.1 Entente de gestion et suivi de gestion 61

**5 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES** 62
*5.1 Le contrôle de la conformité* 62
*5.2 Les organismes communautaires et leurs secteurs d'activités* 62

**6 DONNÉES FINANCIÈRES** 64
*6.1 Rapport de la direction* 64
*6.2 États financiers de l'Agence* 65
6.2.1 États des résultats du fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations pour l'exercice terminée 31 mars 2012 66
6.2.2 États des soldes des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations pour l'exercice terminé le 31 mars 2012 68
6.2.3 Bilans des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations au 31 mars 2012 69
6.2.4 États des résultats et du bilan combiné des fonds affectés au 31 mars 2012 70
6.2.5 État du solde de fonds combiné des fonds affectés au 31 mars 2012 71
6.2.6 État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits pour l'exercice terminé le 31 mars 2012 72
6.2.7 Notes aux états financiers 73
*6.3 Allocations des ressources financières aux établissements* 80
6.3.1 Allocations 2011-2012 80
6.3.2 Autorisations d'emprunts 83
6.3.3 Objectif de retour à l'équilibre budgétaire 83
*6.4 Allocation des ressources aux organismes communautaires* 84

**ANNEXE 1** 91
**ANNEXE 2** 94
**ANNEXE 3** 96
**ANNEXE 4** 100

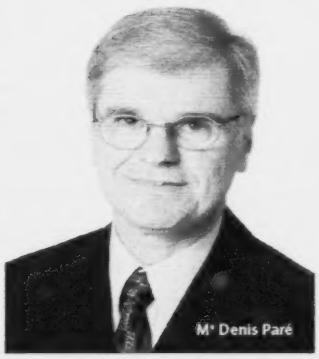
# LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

| | |
|---|---|
| **AMP** | Activités médicales particulières |
| **BATH** | Besoin d'aide technique lors de l'hygiène |
| **CAT** | Centre d'abandon du tabagisme |
| **CHSLD** | Centre d'hébergement de soins de longue durée |
| **CIRE** | Commission infirmière régionale de l'Estrie |
| **CMURE** | Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie |
| **CODIR** | Comité de direction |
| **CRDITED** | Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement |
| **CRDRH-OC** | Comité régional de développement des ressources humaines des organismes communautaires |
| **CRE** | Centre de réadaptation Estrie inc. |
| **CREE** | Conférence régionale des élus de l'Estrie |
| **CSRE** | Corporation des services regroupés de l'Estrie |
| **CSSS** | Centre de santé et de services sociaux |
| **DI-TED** | Déficience intellectuelle – trouble envahissant du développement |
| **DRMG** | Département régional de médecine générale |
| **DSP** | Directrices et directeurs des services professionnels |
| **DSQ** | Dossier de santé du Québec |
| **EGI** | Entente de gestion et d'imputabilité |
| **ETC** | Équivalent temps complet |
| **GMF** | Groupe de médecine de famille |
| **GPMO** | Gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre |
| **INSPQ** | Institut national de santé publique du Québec |
| **IPS** | Infirmière praticienne spécialisée ou infirmier praticien spécialisé |
| **ITSS** | Infections transmises sexuellement ou par le sang |
| **LPJ** | Loi sur la protection de la jeunesse |
| **LSSSS** | Loi sur les services de santé et les services sociaux |
| **MELS** | Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport |
| **MICC** | Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles |
| **MRC** | Municipalités régionales de comté |
| **MSSS** | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| **OC-CH** | Ordonnance collective de contraception hormonale |
| **OEDC** | Observatoire estrien du développement des communautés |
| **OMS** | Organisation mondiale de la santé |
| **PAB** | Préposée ou préposé aux bénéficiaires |
| **PAG** | Plan d'action gouvernemental |
| **PAR** | Plan d'action régional |

| | |
|---|---|
| **PAR-SP** | Plan d'action régional de santé publique |
| **PEM** | Plan d'effectifs médicaux |
| **PMO-PPE** | Planification de la main-d'œuvre - Plan prévisionnel des effectifs |
| **PNSP** | Programme national de santé publique |
| **PREM** | Plan régional des effectifs médicaux |
| **PRIE** | Projet régional d'intégration en Estrie |
| **PRF** | Plan régional de formation |
| **PSOC** | Programme de soutien aux organismes communautaires |
| **QEF** | Québec en Forme |
| **RI** | Ressource intermédiaire |
| **RLS** | Réseau local de services |
| **RNIASSSS** | Registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux |
| **RPA** | Résidences privées pour aînées |
| **RTF** | Ressource de type familial |
| **RSSS** | Réseau de la santé et des services sociaux |
| **RTJP** | Ressource en toxicomanie ou en jeu pathologique |
| **RUIS** | Réseau universitaire intégré de santé |
| **SAD** | Soutien à domicile |
| **SIPPE** | Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance |
| **SIRH** | Système d'information des ressources humaines |
| **SPQC** | Service de la performance, de la qualité et des communications |
| **TCC** | Traumatisme cranio-cérébral |
| **TCRE** | Table de coordination régionale de l'Estrie |
| **TRQ** | Table régionale qualité |
| **UQTR** | Université du Québec à Trois-Rivières |
| **VMC** | Villa Marie-Claire |

# 1 MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE

*Ami parcourt de la période visée par le Plan stratégique régional 2010-2015, le rapport annuel nous permet de rendre compte des résultats des travaux de l'année, mais aussi, à partir de ces constats, de porter un regard sur la progression de l'offre de service, d'ajuster et surtout de bien cibler les efforts pour les prochaines années.*



M^e^ Denis Paré

Johanne Turgeon

En regard de notre premier enjeu, l'accessibilité, la qualité et la continuité des services, les résultats sont significatifs dans l'ensemble des services à la clientèle. Un développement de services aux clientèles âgées en perte d'autonomie de l'ordre de 14 M$ est assurément un des dossiers marquants pour les centres de santé et de services sociaux de l'Estrie. L'engagement des directeurs généraux et des directrices générales des établissements de l'Estrie pour améliorer les services à toutes les clientèles est au cœur des discussions et des actions de chacun. Par ailleurs, nous devons poursuivre nos efforts d'organisation de services d'urgence en santé mentale pour l'accessibilité à un médecin de famille, aux services médicaux spécialisés et aux services d'imagerie médicale. La coordination des services entre les établissements, la préparation des transferts et des congés demeurent et demeureront la clé de notre potentiel d'amélioration et nous le reconnaissons. Nous avons aussi la conviction que la mise en place de modalités favorisant le travail conjoint entre le personnel des établissements et les équipes de médecins en cabinet privé et en groupe de médecine de famille est aussi une piste de travail incontournable pour l'amélioration des services aux Estriens.

Pour agir sur l'accessibilité, la qualité et la continuité des services, le deuxième enjeu portant sur la main-d'œuvre disponible et qualifiée demeure entier. Le plan régional des établissements pour attirer, retenir et assurer le développement de notre personnel est réalisé à 80%. De nombreuses mesures sont déployées et c'est sûrement

l'ensemble de l'œuvre qui nous permet de tirer notre épingle du jeu. L'innovation des établissements qui travaillent à devenir des employeurs de choix et partenaires de leur milieu sera au cœur de nos interventions pour les prochaines années.

Pour notre troisième enjeu, le travail de promotion, de prévention et de protection de la santé, notre guide demeure le Plan d'action régional en santé publique adopté en 2010. Beaucoup d'activités sont réalisées, mais il reste encore beaucoup à faire. Même si on est loin de notre idéal de pratique, nous pouvons nous réjouir de la performance de l'Estrie qui se situe en deuxième place et tout près du premier rang pour l'implantation des activités du Programme national de santé publique.

Concernant le dernier enjeu, la performance, nous sommes fiers de travailler depuis plusieurs années à l'amélioration de la productivité, et ce travail se poursuit avec tous les établissements. Des outils d'évaluation, des mécanismes de partage, des processus LEAN sont au cœur des efforts de performance. En 2011-2012 deux chantiers majeurs ont eu notre attention : les projets régionaux d'optimisation de nos ressources et le début du déploiement du dossier clinique informatisé pour la région. La concertation des établissements est au cœur de nos résultats et nous permet de poursuivre l'amélioration des services de santé et des services sociaux.

C'est avec plaisir que nous vous convions à la lecture du rapport 2011-2012 de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Nous souhaitons qu'il vous permette de constater les réalisations de tous, et ce, à travers un réseau comprenant plusieurs partenaires, établissements et équipes médicales.

En terminant, au nom des membres du conseil d'administration et de tout le personnel de l'Agence, nous souhaitons remercier sincèrement le Dr Michel Baron qui a quitté les fonctions de président-directeur général en cours d'année. Nous soulignons sa détermination à faire, pour l'Estrie, un véritable réseau d'établissements de santé et de services sociaux.

*Bonne lecture,*

**M^me^ Johanne Turgeon**
Présidente-directrice générale

**M^e^ Denis Paré**
Président du conseil d'administration

# 2 DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assurée que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le *Rapport annuel de gestion 2011-2012* de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2012.

Johanne Turgeon

**M^me^ Johanne Turgeon**
Présidente-directrice générale

# 3 RÔLE ET ÉTAT GÉNÉRAL DU FONCTIONNEMENT DE L'AGENCE

## 3.1 MISSION ET VALEURS DE L'AGENCE

### > Mission

La mission de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (ci-après, l'« Agence ») consiste à veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de sa population, et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins, et ce, en partenariat avec les établissements, les organismes communautaires et les autres partenaires concernés.

L'Agence exerce les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de mise en réseau de services, de surveillance, de promotion et de protection de la santé publique, de financement, d'allocation de ressources humaines ainsi que de services généraux et spécialisés.

### > Valeurs

L'Agence préconise des valeurs qui l'animent et la soutiennent dans toutes ses activités et ses relations avec les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), dont les organismes communautaires et les partenaires intersectoriels.

Le **respect**, l'**équité**, le **partenariat**, la **reconnaissance** et la **performance** sont les valeurs sur lesquelles s'appuie l'Agence pour accomplir sa mission et établir ses relations avec ses partenaires du réseau sociosanitaire, dont les organismes communautaires et ses partenaires intersectoriels.

Ces valeurs partagées permettent de travailler ensemble en vue de prendre les meilleures décisions et de rendre les meilleurs services à la population. En privilégiant ces cinq valeurs, l'Agence exprime l'intention qu'elles soient respectées, dans ses rapports avec ses partenaires, avec d'autres organisations, ou encore avec le public en général, et qu'elles soient également respectées en regard des ressources humaines.

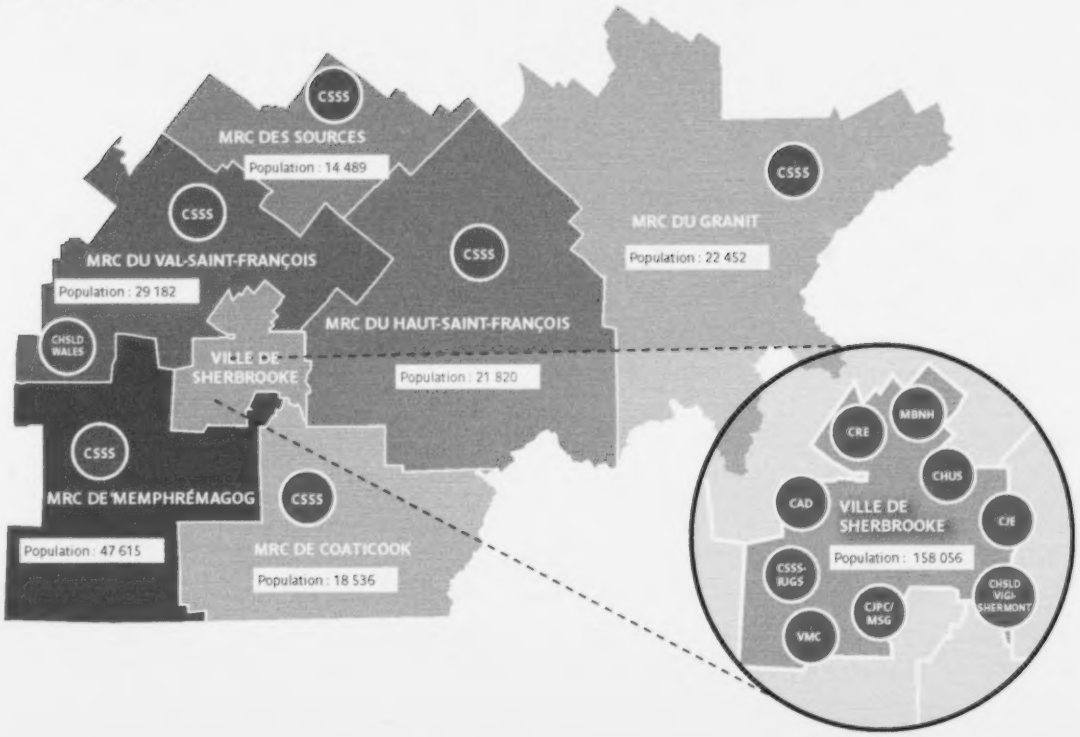
Il va de soi que les décisions que prendra le RSSS devront respecter l'ensemble des valeurs préconisées, sans privilégier l'une au détriment de l'autre. Les précisions qui suivent viennent enrichir l'énoncé de chaque valeur et donner, à titre indicatif, la perspective dans laquelle pourra s'incarner chacune d'elles.

## 3.2 TERRITOIRE COUVERT ET SA POPULATION

En Estrie, le RSSS couvre un territoire de 10 187,56 km² (excluant certains plans d'eau) divisé en six municipalités régionales de comté (MRC) ainsi qu'un territoire équivalent, soit celui de la Ville de Sherbrooke. Le réseau dessert une population de 312 150 personnes.

## LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

Estimations population 2011




| MRC ou territoire | POPULATION 2011 | | |
|---|---|---|---|
| | HOMME | FEMME | TOTAL |
| MRC du Granit | 11 499 | 10 953 | 22 452 |
| MRC des Sources | 7 214 | 7 275 | 14 489 |
| MRC du Haut-Saint-François | 11 327 | 10 493 | 21 820 |
| MRC du Val-Saint-François | 14 909 | 14 273 | 29 182 |
| Ville de Sherbrooke | 77 233 | 80 823 | 158 056 |
| MRC de Coaticook | 9 539 | 8 997 | 18 536 |
| MRC de Memphrémagog | 23 431 | 24 184 | 47 615 |
| Estrie | 155 152 | 156 998 | 312 150 |
| **Ensemble du Québec** | **3 958 247** | **4 021 416** | **7 979 663** |

*Source : 1996 à 2011*
*Statistique Canada, Division de la démographie et Institut de la statistique du Québec, Service des statistiques sociales et démographiques. Estimations de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents, version mai 2012. Ces données de population tiennent compte également de différents événements démographiques survenus sur le territoire estrien au cours des dernières années, tels que la fécondité, la mortalité, la migration internationale, la migration interprovinciale et la migration intermégionale (découpage en vigueur le 1er juillet 2011).*
*Pour les années 2006 à 2011, les estimations ont été réalisées à partir des données du recensement de 2006.*
*Les années 2001 à 2010 ont été révisées. Les estimations de l'année 2011 sont des données provisoires.*

*Référence : Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Direction de santé publique et de l'évaluation. Outil de données de population de l'Estrie, mise à jour en juin 2012, consulté le 12 septembre 2012, www.santeestrie.qc.ca/sante_publique/surveillance_sante_evaluation/portrait_region.php*

Les données récentes de l'état de santé de la population estrienne révèlent qu'au niveau des habitudes de vie et des comportements liés à la santé, certains facteurs de risque demeurent toujours préoccupants. Le tabagisme, par exemple, même s'il affiche une certaine baisse, affecte tout de même près d'une personne sur cinq en Estrie. De plus, environ la même proportion de personnes sont sédentaires durant les loisirs. Bonne nouvelle cependant : les Estriens, en général, semblent mieux s'alimenter que la moyenne québécoise en affichant une consommation plus élevée de fruits et de légumes, même si des progrès restent à faire à ce niveau.

Au chapitre des maladies chroniques et de l'état de santé de la population, le constat change peu depuis quelque temps. L'obésité connaît une progression au sein de la population du Québec. En Estrie, la situation est statistiquement comparable à celle de la province. En 2009-2010, environ une personne sur dix est obèse. L'obésité est un facteur de risque de nombreuses maladies chroniques. L'atteinte et le maintien d'un poids santé sont importants pour réduire ce risque et améliorer l'état de santé en général. Les personnes ayant un excès de poids ou étant obèses s'exposent à diverses maladies et affections graves (hypertension artérielle, maladies coronariennes, diabète de type 2, accident cérébrovasculaire, maladie de la vésicule biliaire, arthrose, apnée du sommeil et autres problèmes respiratoires, certains cancers, notamment du sein, du côlon et de l'endomètre, problèmes de santé mentale, par exemple une faible estime de soi et la dépression). Parallèlement, le diabète, souvent une conséquence de l'obésité, accuse une augmentation soutenue, autant en Estrie qu'au Québec. En Estrie, toutefois, la prévalence du diabète est statistiquement inférieure à celle du Québec. Enfin, la région affiche un portrait similaire au Québec en ce qui a trait à la mortalité pour les principales causes de décès, soit le cancer et les maladies cardiovasculaires.

Par ailleurs, l'Estrie se démarque toujours négativement du Québec au chapitre des traumatismes non intentionnels et de l'incidence de certaines maladies infectieuses. De fait, une plus forte proportion d'Estriens sont hospitalisés pour des chutes accidentelles et des accidents de la route. Également, une plus forte proportion d'Estriens décèdent à la suite d'un accident de la route. Enfin, certaines maladies infectieuses sont plus incidentes en Estrie qu'au Québec, telles que la chlamydiose.

## 3.3 RÉSEAU D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Au 31 mars 2012, la population estrienne était desservie par 17 établissements répartis de la façon suivante en fonction de leur mission :

| Établissements | PUBLICS | PRIVÉS |
|---|---|---|
| Centres de santé et de services sociaux (CSSS) | 7 | |
| Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) | | 3 |
| Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse et centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation | 1 | |
| Centres de réadaptation : | | |
| alcoolisme et toxicomanie | 1 | |
| déficience intellectuelle | 1 | |
| déficience physique | 1 | |
| mères en difficulté d'adaptation | 1 | |
| Centre hospitalier universitaire | 1 | |

Deux établissements de la région ont une vocation universitaire; il s'agit du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS).

## 3.4 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

L'Agence a accordé un soutien financier de 17 578 803 $ pour l'année financière 2011-2012 à 126 organismes communautaires œuvrant dans la région de l'Estrie. La portion de ce financement accordée en soutien à la mission globale totalise 14 713 553 $ et a été attribuée à 112 organismes communautaires. Le soutien financier à la mission globale représente donc 84 % du financement accordé aux organismes communautaires de la région par le *Programme de soutien aux organismes communautaires*.

Aussi, parmi les 126 organismes subventionnés, 49 d'entre eux ont reçu du financement en entente pour des activités spécifiques. De ce nombre, douze sont rattachés à un autre ministère que celui de la Santé et des Services sociaux, soit le Secrétariat à l'action communautaire autonome et aux initiatives sociales et le ministère de la Famille et des Aînés.

## 3.5 CONSEIL D'ADMINISTRATION

Au 31 mars 2012, le conseil d'administration était composé des personnes suivantes :

| | |
|---|---|
| **M. GÉRALD BADGER** | Organismes socioéconomiques |
| **Mme LYNDA B. PROVENCHER** | Membre cooptée |
| **Mme NATHALIE GAULIN** | Membre cooptée |
| **Mme THÉRÈSE ROUTHIER-PERRON** | Membre cooptée |
| **Dr ROBERT CLOUTIER** | Département régional de médecine générale (DRMG) |
| **Dr PATRICE PERRON** | Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée |
| **Mme LISE DROUIN-PAQUETTE, VICE-PRÉSIDENTE** | Organismes socioéconomiques |
| **Mme LYNE CARDINAL** | Commission infirmière régionale de l'Estrie (CIRE) |
| **M. DENIS BEAUDIN** | Milieu syndical |
| **Dr DOMINIQUE DORION** | Université de Sherbrooke |
| **Mme LOUISE LÉVESQUE** | Organismes communautaires |
| **M. CLAUDE ST-CYR** | Secteur public de l'enseignement |
| **Me DENIS PARÉ, PRÉSIDENT** | Établissements autres que les CSSS et les CHSLD |
| **M. ALEX G. POTTER** | Établissements (CSSS ou CHSLD) |
| **Mme NORAH HUMÉREZ-COMTOIS** | Comités des usagers des établissements |
| **M. MARTIN ROBERT** | Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie (CMURE) |
| **Mme JOHANNE TURGEON** | Présidente-directrice générale de l'Agence, membre d'office |

## 3.6 FORUM DE LA POPULATION

Le Forum de la population est un comité consultatif au conseil d'administration de l'Agence ayant les mandats suivants :

- assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de santé et de bien-être;
- formuler des recommandations sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction des usagères et des usagers et pour mieux répondre à leurs besoins.

La composition du Forum est déterminée par une entente conclue avec la Conférence régionale des élus de l'Estrie (CRÉ de l'Estrie). La durée du mandat des membres est de quatre ans.

Au 31 mars 2012, le Forum de la population était composé de :

| | |
|---|---|
| **Mme HÉLÈNE DAUPHINAIS, PRÉSIDENTE** | Ville de Sherbrooke |
| **M. JN-GUY SAINT-GELAIS, VICE-PRÉSIDENT** | Ville de Sherbrooke |
| **M. GÉRALD BADGER** | MRC du Val-Saint-François |
| **Mme SUZANNE BERNARD** | Ville de Sherbrooke |
| **M. ALEXANDRE BLANCHETTE** | Ville de Sherbrooke |
| **Mme PIERRETTE FERNET** | Ville de Sherbrooke |
| **M. ROGER MORIN** | MRC du Haut-Saint-François |
| **M. CLAUDE QUINTIN** | MRC de Memphrémagog |
| **M. MARIO ST-PIERRE** | MRC de Coaticook |
| **M. DAN PAUL SOROCEANU** | MRC de Memphrémagog |
| **M. RÉAL A. VACHON** | MRC du Granit |
| **M. JEAN VERLEZ** | Ville de Sherbrooke |
| **3 POSTES VACANTS** | |

### > Réalisations

Au cours de la dernière année, les membres du Forum de la population se sont réunis à huit reprises et le taux de participation est en moyenne de 75%. Madame Hélène Dauphinais et monsieur Jn-Guy Saint-Gelais occupent respectivement la présidence et la vice-présidence du Forum.

Les membres du Forum participent activement à certains comités de l'Agence :

- planification stratégique pluriannuelle;
- plan d'action régional de santé publique (PAR-SP);
- promotion des droits des usagers;
- prix d'excellence du RSSS;
- reconnaissance des organismes communautaires;
- promotion des saines habitudes de vie (Plan d'action gouvernemental [PAG]).

À chacune des rencontres, les membres sont invités à exprimer leurs préoccupations et leurs questionnements quant aux services de santé et aux services sociaux de la région; les réponses aux questions du Forum sont partagées avec la population par l'ajout de capsules d'information déposées sur le site Internet de l'Agence, à la page dédiée au Forum.

Enfin, les membres ont élaboré un plan de travail s'échelonnant sur les deux prochaines années. Ce plan permettra ainsi d'actualiser les mandats confiés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

## 3.7 COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Le comité de vigilance et de la qualité veille à ce que l'Agence s'acquitte de ses responsabilités en matière de qualité des services et de respect des droits des usagers ou des autres utilisateurs de services relativement aux personnes, organismes ou fonctions pouvant faire l'objet d'une plainte en vertu de l'article 60 de la présente loi ou de l'article 16 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence.

Le comité de vigilance et de la qualité a tenu quatre rencontres en 2011-2012. Les sujets abordés ont été les suivants :

- suivi des dossiers traités et des mesures correctives recommandées par le commissaire régional;
- adoption du format du rapport de suivi des recommandations à caractère systémique formulées par le commissaire régional entre 2007 et 2011;
- suivi du nouveau *Plan d'action intégré pour la promotion des droits des usagers 2011-2013*;

- avis sur le contenu des recommandations à caractère systémique pour l'année 2010-2011;
- avis sur le format du rapport portant sur les mesures d'amélioration dans le cadre de l'application du régime d'examen des plaintes;
- avis sur la procédure de traitement d'une plainte envers un commissaire par le Protecteur du citoyen;
- avis sur le projet de loi n°16 : modifications au Règlement portant sur la certification des résidences pour personnes âgées;
- adoption d'une version révisée du document décrivant les règles de fonctionnement du comité de vigilance et de la qualité.

Les membres du comité sont :

| | |
|---|---|
| **Mme LISE DROUIN-PAQUETTE, PRÉSIDENTE** | Membre du conseil d'administration de l'Agence |
| **Mme LOUISE LÉVESQUE, VICE-PRÉSIDENTE** | Membre du conseil d'administration de l'Agence |
| **Mme NORAH HUMÉREZ-COMTOIS** | Membre du conseil d'administration de l'Agence |
| **M. DENIS BEAULIEU** | Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services |
| **Mme JOHANNE TURGEON** | Présidente-directrice générale |

Notons que le Dr Michel Baron a quitté ses fonctions au mois de décembre 2011 et a été remplacé par madame Johanne Turgeon. Pour sa part, madame Drouin-Paquette a quitté ses fonctions au mois de février 2012; son poste demeure vacant en attendant la période d'élection des nouveaux membres du conseil d'administration.

## 3.8 COMITÉ DE VÉRIFICATION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Les trois membres du comité de vérification du conseil d'administration sont nommés par résolution du conseil d'administration, et la présidente ou le président ainsi que la vice-présidente ou le vice-président sont élus par les membres du comité.

En 2011-2012, le comité de vérification était composé des trois personnes suivantes (du 14 avril au 7 décembre 2011):

| |
|---|
| **Mme LINDA BEAUCHAMP-PROVENCHER** |
| **M. ALEX G. POTTER** |
| **Mme LOUISE LÉVESQUE** |

Du 8 décembre 2011 au 31 mars 2012, le comité était composé des personnes suivantes:

| |
|---|
| **Mme THÉRÈSE ROUTHIER-PERRON** |
| **M. CLAUDE ST-CYR** |
| **Mme LOUISE LÉVESQUE** |

Le comité de vérification exerce les fonctions prévues au mandat adopté par le conseil d'administration de l'Agence, qui sont les suivantes :

- il prend connaissance des résultats des vérifications externes et internes et s'assure du suivi des recommandations;
- il émet des recommandations au conseil d'administration concernant les états financiers, le budget annuel et le rapport du Vérificateur général et, s'il y a lieu, concernant les conventions comptables et tout autre rapport de vérification;
- il est à la disposition du Vérificateur général et des responsables de la vérification interne et leur vient en aide au cours de leur mandat;
- il formule des avis au conseil d'administration sur le contrôle interne de l'organisation et, s'il y a lieu, sur le travail de vérification externe et interne;

- il s'assure que les états financiers de l'organisation reflètent fidèlement la situation financière, l'évolution de celle-ci ainsi que les résultats des opérations;
- il réalise tout autre mandat relatif aux affaires financières de l'organisation que peut lui confier le conseil d'administration;
- il détermine ses propres règles de convocation et de fonctionnement.

Seulement deux rencontres furent tenues durant l'année 2011-2012, en raison de plusieurs absences des membres et du fait qu'il n'y avait pas quorum. Cependant, tous les sujets furent soumis à l'attention du conseil d'administration de l'Agence.

## 3.9 COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE DE L'ESTRIE COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE DE L'ESTRIE

Les commissions infirmière et multidisciplinaire régionales de l'Estrie constituent des lieux de consultation et de concertation de première importance, tant par la nature de leurs fonctions que par la diversité de leur composition respective.

La CIRE est formée d'infirmières, d'infirmiers, d'infirmières-auxiliaires et d'infirmiers-auxiliaires représentant différents milieux de pratique des établissements de la région.

**Au 31 mars 2012, la CIRE était composée des personnes suivantes :**

### > Membres votants

| | |
|---|---|
| **M^me^ JOSÉE BERNIER, SECRÉTAIRE** | Infirmière désignée par la présidente-directrice générale de l'Agence |
| **M^me^ LYNE CARDINAL, VICE-PRÉSIDENTE** | Gestionnaire des soins infirmiers<br>Directrice des soins infirmiers<br>CSSS du Val-Saint-François |
| **M^me^ LYNE DESMARAIS** | Gestionnaire des soins infirmiers<br>Directrice des soins infirmiers<br>CSSS-IUGS |
| **M^me^ MARIE-CLAUDE FILLION** | Représentante des cégeps<br>Programme de soins infirmiers<br>Cégep de Sherbrooke |
| **M^me^ MANON GOUDREAU** | Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers<br>CSSS des Sources |
| **M^me^ FRANCE LANDRY** | Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers<br>CSSS-IUGS |
| **M. STÉPHAN LAVOIE, PRÉSIDENT** | Représentant de l'École des sciences infirmières de la Faculté de médecine et des sciences de la santé<br>Université de Sherbrooke |
| **M. PHILIPPE LIMOGES** | Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers<br>CSSS de la MRC-de-Coaticook |
| **M^me^ ISABELLE ROY** | Membre du comité d'infirmières et infirmiers auxiliaires<br>CSSS-IUGS |
| **M. STEVE ROY** | Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers<br>CSSS du Haut-Saint-François |
| **VACANT** | Infirmier praticien |
| **VACANT** | |

## > Membres observateurs

| | |
|---|---|
| **Mme MARIE-ÈVE JACQUES** | Infirmière clinicienne<br>CSSS des Sources |
| **Mme DIANE LAVERS** | Infirmière auxiliaire, enseignante au programme Santé, assistance et soins infirmiers du Centre de formation professionnelle - 24-Juin |
| **Mme LYNDA PÉRIGNY** | Directrice de l'organisation des services, des affaires médicales et universitaires |
| **Mme CHANTALE TARDIF** | Chef d'unités<br>CSSS-IUGS |

La CMURE est formée de personnes représentant différents milieux de pratique des établissements de la région dans les domaines de la réadaptation et de la santé ainsi que du domaine social.

Au 31 mars 2012, la CMURE était composée de :

## > Membres votants

| | |
|---|---|
| **Mme ESTELLE CHAMOUX** | Représentante des facultés et écoles d'enseignement universitaire dans les domaines de la santé<br>Université Bishop's |
| **Mme ISABELLE CHAMPIGNY** | Professionnel du domaine social<br>CSSS du Val-Saint-François |
| **Mme SANDRINE CHARRON** | Professionnelle du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé<br>CSSS du Haut-Saint-François |
| **Mme NICOLE CHIASSON** | Représentante des facultés et écoles d'enseignement universitaire dans les domaines sociaux<br>Université de Sherbrooke |
| **Mme SYLVIE DOIRON** | Gestionnaire du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé<br>Centre de réadaptation Estrie inc. (CRE) |
| **Mme KARINE DUMONT** | Représentante des domaines techniques<br>Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED Estrie) |
| **M. JEAN-MARC JOUBERT** | Professionnel du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé<br>CRE |
| **M. GUY LEMIRE, PRÉSIDENT** | Représentant des cégeps de la région<br>Cégep de Sherbrooke |
| **Mme LYNDA PÉRIGNY, SECRÉTAIRE** | Personne désignée par la présidente-directrice générale de l'Agence |
| **M. MARTIN ROBERT** | Gestionnaire du domaine social<br>CSSS de Memphrémagog |
| **Mme DANIELLE VALLIÈRES** | Professionnelle du domaine de la réadaptation (à défaut de représentant du domaine social)<br>CSSS du Granit |
| **VACANT** | Représentant des domaines techniques |
| **VACANT** | Représentant des domaines techniques |

### > Membres observateurs

| | |
|---|---|
| **M. FRANÇOIS BERGERON** | Nutritionniste<br>CSSS du Haut-Saint-François |
| **Mme JOSÉE BERNIER** | Directrice adjointe à la Direction de l'organisation des services, des affaires médicales et universitaires (DSAMU) |
| **VACANT** | |
| **VACANT** | |

À noter que la CMURE a fonctionné sans vice-président.

### > Réalisations

Exceptionnellement, en 2011-2012, soit lors de leur onzième année de fonctionnement, les commissions ont tenu quatre assemblées conjointes, soit trois en présence et une autre en conférence téléphonique spéciale. Cette année, les rencontres ont revêtu un caractère plutôt informatif. Ainsi, les commissions ont été informées :

- du bilan des travaux des comités directeurs par programme-services;
- de l'accessibilité des services (temps d'attente pour services généraux, chirurgie, etc.);
- du déploiement du Dossier de santé du Québec (DSQ);
- du Cadre de référence sur la qualité des soins et des services en Estrie;
- des projets de développement en Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV);
- de l'implantation des cliniques-réseau;
- du déploiement du *Plan régional d'informatisation de l'Estrie*;
- de la révision de l'organigramme de l'Agence;
- de l'adoption du *Plan d'action 2012-2013* dans le cadre du *Plan stratégique régional 2010-2015*.

Les commissions ont respectivement :

- procédé à l'appel de candidatures pour les vacances à combler;
- procédé à l'appel de candidatures pour la représentation au conseil d'administration de l'Agence.

De plus, la CIRE a échangé sur la formation collégiale en soins infirmiers et le baccalauréat en sciences infirmières.

## 3.10 TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

**Au 31 mars 2012, la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée était composée de :**

### > Membres votants

| | |
|---|---|
| **Mme JOHANNE TURGEON** | Présidente-directrice générale |
| **Dr HERVÉ WALTI** | Président, Département de pédiatrie<br>CHUS |
| **Dr PIERRE BEAUSÉJOUR** | Vice-président, Département de psychiatrie<br>CHUS |
| **Dr GAÉTAN LANGLOIS** | Secrétaire, Département de chirurgie<br>CHUS |
| **Dr PATRICE PERRON** | Département de médecine<br>CHUS |

| | |
|---|---|
| **Dr ÉTIENNE DE MEDICIS** | Département d'anesthésiologie<br>CHUS |
| **Dr GUY WADDELL** | Département de gynécologie-obstétrique<br>CHUS |
| **Dr THE-BAO BUI** | Département d'imagerie médicale<br>CHUS |
| **Dr ADRIAN PUSCA** | Département de médecine interne<br>CSSS du Granit |
| **Dre PAULE HOTTIN** | Département de psychiatrie<br>CSSS-IUGS |
| **Dr JOHN ROBB** | Département de médecine<br>CSSS de Memphrémagog |

## > Membres observateurs

| | |
|---|---|
| **Mme LYNDA PÉRIGNY** | Directrice, DSAMU |
| **Mme MARIE-FRANCE FOURNIER** | Directrice adjointe, DSAMU |
| **Mme SUZANNE BROCHU** | Agente de planification, de programmation et de recherche, DSAMU |
| **Dr PATRICE LAPLANTE** | Représentant du DRMG |
| **Dr DOMINIQUE DORION** | Doyen adjoint et vice-doyen aux ressources, Faculté de médecine et des sciences de la santé<br>Université de Sherbrooke |
| **Dre ÉMILIE BELLEY-CÔTÉ** | Médecin résident |
| **Dr PIERRE CHEVRIER** | Chef médical du programme-clientèle Biologie médicale<br>CHUS |
| **Dr STÉPHANE TREMBLAY** | Directeur des services professionnels<br>CHUS |

## > Réalisations

Sous l'autorité de la présidente-directrice générale de l'Agence, la Table émet, entre autres, des recommandations sur le plan régional des effectifs médicaux, sur l'organisation des services médicaux spécialisés et sur un réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés. Elle donne son avis sur certains projets, tels ceux relatifs à l'utilisation de médicaments et à l'instauration des corridors de services proposée par le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS).

Au cours de l'année 2011-2012, la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée a siégé à trois reprises et a réalisé, entre autres, les travaux suivants :

- contribution et soutien aux travaux liés au *Plan d'effectifs médicaux (PEM) 2011-2015*;
- identification d'arguments satisfaisants et favorables ayant été retenus par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour les spécialités suivantes : oncologie, gynécologie, santé communautaire et gastroentérologie;
- suivi des délais d'attente et de la gestion de l'accès aux services médicaux spécialisés;
- support aux travaux en regard du *Plan d'action ministérielle en imagerie médicale*;
- implication et poursuite des travaux de l'accueil clinique visant spécifiquement les mécanismes d'accès à la médecine spécialisée, finalisation de l'élaboration d'un document de travail illustrant un cadre de référence pour la suite des travaux à venir et élaboration d'outils cliniques (neuf algorithmes) afin de supporter la pratique et les interventions cliniques;
- support au déploiement d'outils cliniques dans le dossier de la trajectoire de la femme enceinte et au suivi des travaux pour la mise en place du dépistage de la Trisomie 21;
- début des travaux et création des groupes de travail pour améliorer l'accessibilité à la médecine spécialisée dans deux spécialités : la gastroentérologie et l'orthopédie.

## 3.11 COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES

Le Comité régional sur les services pharmaceutiques exerce ses fonctions, avec le soutien de la DSAMU, sous l'autorité de la présidente-directrice générale de l'Agence.

**Le Comité régional sur les services pharmaceutiques est composé des personnes suivantes :**

| | |
|---|---|
| **M. JEAN-LUC TROTTIER** | Président du Comité<br>Représentant des pharmaciennes et des pharmaciens propriétaires |
| **Mme ARMELLE APTER** | Représentante des chefs de département des pharmacies d'établissement |
| **Mme MARIE-CHRISTINE ANCTIL** | Représentante des pharmaciennes et des pharmaciens communautaires |
| **Mme JULIE BISSONNETTE** | Représentante des pharmaciennes et des pharmaciens en établissement |
| **Mme JOHANNE TURGEON** | Présidente-directrice générale |
| **Mme MARIE-FRANCE FOURNIER** | Directrice adjointe à la DSAMU |
| **JONATHAN KEAYS** | Agent de planification et de recherche à la DSAMU |

### > Réalisations

Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques, le Comité émet, entre autres, des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques et sur la planification de la main-d'œuvre. Il donne des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques, sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments ainsi que sur des approches novatrices en soins et services pharmaceutiques.

Au cours de l'année financière 2011-2012, le Comité s'est réuni à quatre reprises et a réalisé les travaux suivants :

- élaboration et diffusion de nouvelles ordonnances collectives auprès des pharmaciennes et des pharmaciens communautaires de l'Estrie; travaux en continu pour d'autres ordonnances collectives à diffuser auprès des pharmaciennes et des pharmaciens communautaires;
- poursuite des travaux quant à l'ordonnancement des ordonnances collectives sur le site Web de l'Agence et assurer la complétion par les établissements;
- planification, organisation et mise en œuvre du projet clinique sur le suivi de la clientèle sous anticoagulothérapie orale en collaboration avec les pharmacies communautaires;
- support et implication dans la gestion de la situation Sandoz : ruptures d'approvisionnement de certains produits de la compagnie Sandoz;
- support au déploiement d'outils cliniques dans le dossier de la trajectoire de la femme enceinte.

Afin de soutenir ces travaux, une banque d'heures est attribuée pour rémunérer les représentants des pharmaciennes et des pharmaciens siégeant au Comité ou effectuant des travaux à titre de conseillers pour celui-ci. Soulignons la participation active du DRMG au sein de ce comité pour différents travaux.

## 3.12 DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Au 31 mars 2012, le comité de direction du DRMG était composé des personnes suivantes :

### > Membres élus

| | |
|---|---|
| **Dr ROBERT CLOUTIER** | Médecin omnipraticien<br>Catégorie « MRC hors Sherbrooke » |
| **Dr ANDRÉ MUNGER** | Médecin omnipraticien<br>Catégorie « CLSC » |
| **Dre RAYMONDE VAILLANCOURT** | Médecin omnipraticien, chef du DRMG<br>Catégorie « Cabinets médicaux » |

### > Membre d'office

| | |
|---|---|
| **Mme JOHANNE TURGEON** | Présidente-directrice générale |

### > Membres nommés

| | |
|---|---|
| **Dre STÉPHANIE BLAIS-BOILARD** | Médecin omnipraticien<br>CSSS du Haut-Saint-François |
| **Dr YVES LÉGER** | Médecin omnipraticien<br>CSSS des Sources |
| **Dre MARIE GIROUX** | Département de médecine de famille, Faculté de médecine et des sciences de la santé<br>Université de Sherbrooke |
| **Dr GÉRARD CHAPUT** | Médecin omnipraticien<br>CSSS du Granit |
| **Dre CATHERINE VANASSE** | Médecin omnipraticien<br>CSSS-IUGS, volet longue durée |
| **Dre SUZANNE LAMONTAGNE** | Médecin omnipraticien<br>CSSS du Val-Saint-François |
| **Dr ÉRIC LACHANCE LAPLANTE** | Médecin omnipraticien intérimaire<br>CHUS, volet hospitalier |
| **Dre LOUISE SOULIÈRE** | Directrice de santé publique et de l'évaluation |

### > Membres observateurs

| | |
|---|---|
| **M. JONATHAN KEAYS** | Agent de planification, de programmation et de recherche, DSAMU |
| **Mme MARIE-FRANCE FOURNIER** | Directrice adjointe à la DSAMU |

## > Réalisations

Le DRMG est une instance à la disposition des médecins omnipraticiens pour permettre l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de l'intégration des services de médecine générale. Sous l'autorité de la présidente-directrice générale et en collaboration avec la DSAMU, le DRMG a comme cibles d'intervention le *Plan régional des effectifs médicaux des omnipraticiennes et des omnipraticiens*, le *Plan régional d'organisation des services médicaux généraux*, les activités médicales particulières et les services médicaux généraux cités dans les programmes-services de l'Agence.

Au cours de l'année 2011-2012, le DRMG a tenu quatre assemblées ordinaires. Voici les différents dossiers ayant été traités :

- le *Plan régional des effectifs médicaux* (PREM) et la gestion des règles, des dérogations et leurs mises à jour par territoire;
- le recrutement des quatorze postes autorisés au PREM 2012 dont deux postes en enseignement en milieu universitaire (PEMU) et l'attribution en fonction des pénuries d'effectifs;
- la réorganisation des services médicaux de première ligne et les tables médicales territoriales;
- les activités médicales particulières (AMP), la gestion des règles et leurs mises à jour;
- l'organisation des services médicaux de première ligne, dont :
  - le soutien à l'élaboration et à la consolidation des groupes de médecine de famille (GMF) et d'une clinique-réseau;
  - la promotion des modèles de collaboration interdisciplinaires;
  - la consolidation des guichets d'accès pour la clientèle sans médecin de famille et le soutien aux coordonnateurs médicaux;
  - l'arrimage avec la deuxième ligne.

Soulignons les activités suivantes en 2011-2012 :

- l'élaboration et le suivi du PREM et des plans locaux d'effectifs médicaux des établissements, ainsi que l'élaboration d'un portrait plus précis des effectifs dans les secteurs avec rendez-vous, sans rendez-vous et soins à domicile de chaque réseau local de services (RLS);
- la priorisation par le Comité du PREM-AMP de postes dédiés aux nouveaux médecins arrivant en Estrie;
- le recrutement de sept médecins nouveaux facturants sur quatorze postes autorisés au PREM en 2012;
- quatre postes de mobilité interrégionales sur six sont comblés et deux postes PEMU ont été attribués en 2012 en Estrie pour répondre aux besoins d'enseignement;
- la demande de trois postes supplémentaires de nouveaux facturants (exemption au PREM) pour contrer la pénurie d'effectifs au CSSS de Memphrémagog et à l'urgence du CHUS;
- la gestion des activités médicales particulières et leur mise à jour dans chaque CSSS. Certaines activités médicales particulières pour la prise en charge de patients dits « orphelins » sans médecin de famille ont été accordées;
- le développement de guides de gestion des AMP, du PREM, de la modification ou cessation de la pratique;
- des travaux sur l'accessibilité au plateau technique et aux spécialistes (corridors de services par le biais des mécanismes d'accès aux médecins spécialisés);
- la participation aux différents sous-comités en maladies chroniques (diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique, asthme, insuffisance cardiaque, réadaptation cardiaque) et travaux sur différentes trajectoires de clientèles spécifiques (santé mentale adulte et pédiatrique, femmes enceintes, oncologie, déficience intellectuelle – trouble envahissant du développement [DI-TED]);
- le dépannage intrarégional pour les urgences en difficulté. Celles des MRC du Granit, de Memphrémagog, de Coaticook et des Sources ont nécessité une couverture de dépannage provincial et un support de coordination intrarégional;
- une demande d'attribution d'un forfait d'installation (lettre d'entente n° 170) dans les MRC du Haut-Saint-François, du Val-Saint-François, du Granit et des Sources ainsi qu'à Stanstead et à Mansonville dans la MRC de Memphrémagog. Quatre forfaits ont été accordés;
- la validation des offres de service de deux GMF : GMF St-Vincent et GMF des Grandes-Fourches;
- l'animation de la Table régionale des coordonnateurs médicaux et gestionnaires des guichets des services de première ligne;
- la collaboration aux travaux sur l'implantation d'une clinique-réseau;
- la collaboration aux travaux d'informatisation des services médicaux de première ligne;
- la collaboration avec le CSSS-IUGS d'un colloque sur la pratique partagée en GMF le 13 mai 2011;
- la participation au Comité directeur du programme Services généraux;
- la collaboration à un projet de suivi de l'anticoagulothérapie par les pharmaciennes et les pharmaciens communautaires;
- l'organisation d'une assemblée générale du DRMG le 28 octobre 2011;
- la diffusion d'un bulletin d'information aux membres du DRMG sur les travaux et les dossiers traités.

# 4 ENJEUX PRIORITAIRES

## 4.1 ENJEU 1 UNE CONSOLIDATION DE L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, EN PARTENARIAT AVEC LES ÉTABLISSEMENTS, LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET LES DIVERS PARTENAIRES

### 4.1.1 Orientation | Adapter l'organisation des services de santé et des services sociaux en fonction des besoins de la clientèle et du vieillissement de la population

#### 4.1.1.1 Services adaptés aux besoins de la population

Cinq établissements de la région de l'Estrie sont interpellés par l'implantation de mesures visant à prévenir et traiter le syndrome d'immobilisation et le délirium chez la personne âgée. Des personnes responsables voient à la mise en œuvre d'actions et à l'encadrement de la formation du personnel pour s'assurer de changer les pratiques afin de mobiliser les personnes âgées dès leur arrivée à l'urgence et tout au long de leur séjour en courte durée.

En 2011-2012, une rencontre régionale a eu lieu dans le but de faciliter le partage des actions posées à ce jour et celles à venir. Ainsi, le déploiement des préalables de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier est pratiquement complété. Certains établissements ont élaboré les diagnostics organisationnels. Les autres le feront en début de 2012-2013. Un PAR devrait supporter les actions d'envergure pour les prochaines années.

### 4.1.2. Orientation | Consolider l'offre de service de première ligne et de services spécialisés pour une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services

#### 4.1.2.1 Programmes-services

> Services généraux

L'accessibilité et la continuité des services de première ligne ont été les principaux enjeux travaillés pour l'année 2011-2012. Afin de consolider l'offre de service de première ligne et d'actualiser les orientations régionales, plusieurs dossiers ont fait l'objet d'une priorisation par le Comité directeur du programme Services généraux.

## Plan régional des effectifs médicaux – médecins omnipraticiens

En collaboration avec le CHUS, les CSSS de l'Estrie et le DRMG, l'Agence dépose, chaque année, un plan des effectifs médicaux au MSSS.

Pour l'année 2011-2012, quatorze postes dont deux postes dédiés à l'enseignement ont été alloués à notre région en regard des 300 finissants pour le Québec.

Malgré les travaux provinciaux de révision des critères et du modèle d'allocation des postes, une allocation supérieure de postes au PREM demeure nécessaire, car elle est insuffisante pour répondre aux besoins de la région. Des discussions à cet effet ont eu lieu avec le MSSS et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et se poursuivent au cours de la prochaine année pour corriger cette situation.

## Groupe de médecine de famille

Le GMF est le modèle d'organisation médicale privilégié en Estrie. En effet, treize GMF ont vu le jour depuis 2002. Des travaux sont actuellement en cours pour développer un quatorzième GMF sur le territoire de Sherbrooke.

Au cours de la dernière année, il est important de souligner le renouvellement de l'accréditation des GMF des Grandes-Fourches et St-Vincent pour une période de trois ans.

L'objectif d'assurer la présence d'au moins un GMF par RLS est atteint.

## Clinique-réseau

Le 14 décembre 2011, les activités de mise en œuvre de la clinique-réseau CMU voient le jour. Graduellement et selon l'entrée en poste du personnel infirmier et médical, le déploiement des activités de sans rendez-vous, de suivi et de prise en charge débutent. Cette clinique-réseau se situe en un lieu physique unique afin d'assurer la stabilité et la dispensation de l'offre de service à la population. Les activités sont offertes en priorité pour la population sans médecin de famille de la Ville de Sherbrooke selon l'horaire suivant :

- Lundi au vendredi : de 8 h 30 à 20 h 30;
- Samedi – dimanche – jours fériés : de 9 h à 17 h.

La composition de l'équipe multidisciplinaire en plus de la douzaine de médecins y œuvrant, se traduit ainsi :

- deux infirmières cliniciennes (7 jours / semaine – de 9 h à 17 h);
- une infirmière auxiliaire (5 jours / semaine – de 13 h 30 à 21 h 30);
- dix assistantes en milieu clinique et agentes administratives (6 jours / semaine – de 9 h à 21 h).

Les travaux effectués jusqu'à ce jour traduisent la volonté de favoriser l'accès à des services de première ligne en privilégiant une accessibilité aux services de sans rendez-vous, de suivi et de prise en charge, et ce, en complémentarité aux différents mécanismes et modalités déjà en place.

Considérant la situation actuelle quant à la disponibilité et au manque d'effectifs en médecine de famille, la clinique-réseau n'est en mesure de combler que 75 % des plages horaires. Ainsi, l'offre de service à compléter s'applique pour trois soirs en semaine ainsi que le dimanche. Par ailleurs, l'Agence confirme l'octroi de l'accréditation de la clinique-réseau pour une durée de quinze mois pouvant être renouvelée. Si l'offre de service s'avérait complétée avant le 31 mars 2013, l'Agence verra à régulariser la situation.

Selon l'évolution de la situation actuelle, l'offre de service pourrait être optimale d'ici l'automne prochain et ainsi assurer l'accès de ses services comme convenu par la convention.

## Mécanisme de prise en charge de la clientèle vulnérable

La prise en charge de la clientèle vulnérable orpheline passe par un partenariat serré entre les services du CSSS et les médecins du RLS. Ce partenariat doit permettre de soulager la charge de travail médical dégageant ainsi du temps pour accueillir de nouvelles clientèles.

Sommairement, à la suite d'une entente locale, les médecins qui s'engagent à prendre au cours de l'année des personnes vulnérables et sans médecin de famille bénéficient pour leurs patients de mesures déployées par le CSSS de leur territoire. Les mesures et les services professionnels peuvent être offerts soit dans le milieu clinique même tel un GMF (exemple : services d'une nutritionniste) ou encore dans le CSSS (clinique du diabète avec une plus grande accessibilité et davantage de services pour les médecins et leur clientèle). En tout temps, les nouveaux services offerts doivent être complémentaires ou en surplus aux services déjà existants en CSSS.

Par le biais des ententes de gestion, une reddition de comptes est attendue afin de suivre le nombre de prises en charge des clients, dans le but d'améliorer l'accessibilité à un médecin de famille. Pour les clientèles nécessitant une prise en charge en moins de 30 jours (P1) ou à l'intérieur d'un délai de 30 jours à 3 mois (P2), le résultat moyen est de 43 % (353 sur 822), alors que la cible est de 80 %. Ceci étant dit, on compte 1 879 patientes et patients en attente de priorisation. Plusieurs problématiques sont à examiner selon les caractéristiques de chacun des CSSS. Des ajustements doivent être prévus à cet égard.

## Rupture de services médicaux aux urgences

En Estrie, il demeure difficile pour certains établissements, notamment les CSSS des Sources, de la MRC-de-Coaticook, du Granit et de Memphrémagog, d'assurer des services médicaux pour tous les quarts de garde à l'urgence, nécessitant le recours au mécanisme de dépannage provincial. Parmi les quatre établissements susmentionnés, seul le CSSS de la MRC-de-Coaticook n'utilisait plus le mécanisme de dépannage provincial au 31 mars 2012.

D'importantes interventions des directrices et des directeurs des services professionnels (DSP) et des chefs des services d'urgence sont nécessaires lors de l'élaboration des listes de garde. L'implication du DRMG s'avère cruciale. Une mobilisation des chefs d'urgence, des DSP, du DRMG et de la DSAMU est réalisée afin de trouver des pistes de solution aux problèmes récurrents.

Certains travaux réalisés ont permis de consolider les mesures locales, régionales et provinciales. De nombreuses discussions tenues avec le MSSS ont également fait ressortir la situation estrienne et facilité la collaboration de dépannage provincial.

Par ailleurs, tout établissement à risque de rupture d'activités médicales à l'urgence doit déposer un plan de contingence incluant la réorganisation des services, la communication avec la population et les ententes avec les établissements partenaires. À cet effet, un plan de contingence a été obtenu pour les CSSS des Sources, de Memphrémagog et de la MRC-de-Coaticook. L'Agence demeure en attente de celui du CSSS du Granit.

## Plan de communication

Considérant la pénurie de médecins en Estrie, la région demeure vulnérable et est confrontée à des risques de ruptures de services médicaux dans différents secteurs d'activités cliniques (première ligne, unités d'urgence, courte et longue durée, etc.).

Les directrices et les directeurs généraux des établissements du RSSS de l'Estrie ont approuvé, en avril 2009, la mise en place d'un plan de communication avec des stratégies permettant de répondre à la demande de ressources médicales en Estrie.

Ce plan propose des outils et des moyens, et offre des solutions tant sur le plan de l'attraction, de la fidélisation, de la rétention et du soutien auprès des médecins en pratique.

En février 2012, a eu lieu la diffusion d'une brochure promotionnelle, réalisée par l'Agence, en collaboration avec le DRMG, les équipes des communications et les directions des services professionnels des établissements, et ce, dans le cadre de la campagne de recrutement régionale des effectifs médicaux.

La brochure *Mon projet de vie en Estrie – Une pratique médicale à la hauteur de mes attentes* a été diffusée auprès de plusieurs médecins omnipraticiens du Québec (± 7 000), les étudiants en médecine des quatre facultés (troisième année, Résidence 1 et Résidence 2) ainsi que tous les médecins omnipraticiens du territoire de l'Estrie.

De plus, cette brochure est disponible sur le site Internet de l'Agence et lors d'évènements favorisant le recrutement.

### Soins infirmiers

Dans l'objectif d'optimiser l'offre de service des soins infirmiers généraux, l'analyse et le suivi de la clientèle desservie dans nos établissements sont importants. La saisie de données a été revue et uniformisée pour tous les établissements offrant ces services afin que nous puissions suivre l'évolution d'une année à l'autre. De plus, un groupe de travail spécifique procédera prochainement à la révision des orientations régionales des services de santé courants et des soins à domicile à court terme dans l'objectif d'améliorer les services de première ligne à la population.

### Prévention et gestion des maladies chroniques

En ce qui a trait au dossier *Prévention et gestion des maladies chroniques*, l'année 2011-2012 a été une année de réorganisation tout en poursuivant son mandat de consolidation des services. Le dossier a été officiellement transféré au programme Services généraux. Le sous-comité des maladies chroniques a été mandaté par le Comité directeur du programme Services généraux pour élaborer une vision stratégique de prévention et de gestion des maladies chroniques en Estrie. L'Agence poursuit son soutien aux établissements pour l'amélioration de l'accessibilité du suivi systématique de la clientèle en maladies cardio-métaboliques (insuffisance cardiaque, réadaptation cardiaque, diabète, obésité) et pulmonaires (asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique).

### Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21

*Le Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21* est maintenant disponible en Estrie. Ce programme québécois, volontaire et gratuit, permet aux femmes enceintes et aux couples de l'Estrie d'avoir accès à un test de dépistage prénatal de la trisomie 21.

### Trajectoire clinique de la femme enceinte

Les travaux d'implantation de la trajectoire des femmes enceintes sont amorcés dans les établissements de la région. Le modèle de trajectoire permettra aux femmes d'avoir un meilleur accès aux professionnels de la santé ainsi qu'aux services disponibles dans le réseau et cela, le plus tôt possible au début de la grossesse.

## > Perte d'autonomie liée au vieillissement

En juin 2011, le MSSS a annoncé pour la région un budget de développement (2011-2013) de 14 millions de dollars. Les travaux importants de tous les CSSS et des représentants de l'Agence durant la période estivale auront permis de déposer un PAR à la fin de septembre auprès du MSSS. Ce dernier a donné son aval pour la réalisation des engagements. Au terme de 2011-2012, la région de l'Estrie a développé 23 places en unités transitoires de récupération fonctionnelle et mis en place 118 places en alternatives à l'hébergement. Les travaux réalisés en 2011-2012 sur le repositionnement en CHSLD auront permis de répondre aux caractéristiques d'alourdissement des clientèles hébergées en rehaussement de 12,5 équivalents temps complet (ETC) en service professionnel et d'assistance dans six des sept CSSS. Dans le cadre des services de soutien à domicile (SAD), ce sont 50,99 ETC qui ont été comblés. Des ententes avec 17 organismes communautaires ont été signées et des services ont été achetés avec des entreprises d'économie sociale pour supporter des proches aidants. Le développement non réalisé en 2011-2012 se poursuivra en 2012-2013 comme prévu au *Plan de services intégrés pour les personnes âgées 2011-2013*.

### Degré d'implantation des composantes RSIPA

Globalement, la région affiche un niveau de déploiement à 75,33 %. Sept des neuf composantes ont un degré de déploiement de plus de 73 %. Les mécanismes de coordination ont connu un maintien ou une amélioration dans tous les établissements. Des composantes telles que l'élaboration et l'appréciation de la qualité des plans d'interventions individualisées (PII) et des plans de services individualisés (PSI), de même que les aspects de communication et des modalités de collaboration avec les médecins de famille sont à améliorer.

## Soutien à domicile et services dans la communauté

Relativement à l'orientation régionale d'assurer l'adaptation des services en lien avec la politique provinciale de SAD *Chez soi, le premier choix*, des travaux ont eu lieu afin d'harmoniser les services d'aide à domicile. Les services de prêt des aides techniques auprès des personnes en perte d'autonomie varient d'un territoire de CSSS à l'autre en ce qui concerne les critères d'attribution et le personnel qui l'alloue aux usagères et aux usagers. Une politique régionale de la gestion des aides techniques au SAD est en élaboration et devrait être disponible à l'automne 2012. Un cadre de référence régional pour le programme *Centre de jour* a été adopté en 2011-2012.

## Optimisation *Soutien à domicile*

En 2011-2012, la région a produit un plus grand nombre d'interventions en SAD PALV. Les travaux de productivité des dernières années de la région ont permis d'identifier le nombre d'interventions supplémentaires attendu par CSSS pour les quatre années que couvrira la cible d'augmentation de 10 % des heures en SAD. Les établissements revoient certains de leurs processus pour s'assurer que les professionnels en SAD sont davantage disponibles pour des interventions directes auprès de leur clientèle et ainsi relayer certaines tâches à d'autres collaborateurs. Des projets LEAN dans plusieurs CSSS contribueront à l'atteinte de l'augmentation des heures directes auprès de la clientèle. Il y a également des achats de services qui contribuent à rehausser les heures directes auprès de la clientèle.

## Gestion de cas pour les personnes en pertes d'autonomie

Au cours de la dernière année, le nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de SAD et ayant accès à un gestionnaire de cas a augmenté de 10 %, passant de 2 660 à 2 929. Cette augmentation s'est traduite au cours des derniers mois de l'année alors que les CSSS ont rehaussé le nombre d'ETC en gestion de cas dans le cadre du *Plan régional de développement PALV 2011-2013*.

## Offre de service aux proches aidants

Au cours de la dernière année, l'Agence a poursuivi son engagement à verser un soutien financier à des organismes communautaires et des CSSS pour soutenir les activités et les services offerts aux proches aidants de personnes en perte d'autonomie. De plus, l'Agence a reconduit une entente de services avec l'organisme provincial Baluchon Alzheimer pour donner accès à du répit aux proches aidants de la région, et ce, pour un total de 93 journées de baluchonnage.

Finalement, l'Agence s'implique dans la mise en place d'un nouvel organisme, l'APPUI pour les proches aidants de l'Estrie, issu de l'actualisation du projet de loi n° 6 (Loi instituant le fonds pour proches aidants). Son principal mandat est d'être à la fois un point de référence pour la recherche d'information et de soutenir financièrement des activités et des services à l'attention des proches aidants.

## Mauvais traitement envers les personnes aînées

En plus de maintenir sa participation aux rencontres régionales et dans des comités de travail, l'Agence a reconduit son soutien financier auprès de la Table de concertation contre les mauvais traitements faits aux personnes aînées de l'Estrie. Ce soutien financier permet l'actualisation du plan d'action de cette table ainsi que les différentes activités de sensibilisation entourant la journée mondiale du 15 juin 2011 par la campagne du ruban mauve pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes aînées. Dans le cadre de la mise en application du *PAG pour contrer la maltraitance envers les aînés 2010-2015*, l'Agence et l'ensemble des partenaires multisectoriels de la région ont procédé au portrait diagnostique, à l'inventaire des ressources ainsi qu'à l'élaboration du *PAR 2012-2015* qui vise principalement à renforcer la capacité d'intervention des partenaires. De plus, un financement ponctuel a été octroyé afin d'élaborer un guide de pratiques pour contrer la maltraitance, de concert avec des représentants de la région de la Capitale-Nationale.

### Mécanisme d'accès à l'hébergement

Au cours de l'année 2011-2012, 818 usagères et usagers ont été admis en CHSLD ainsi qu'en RI ou en ressource de type familial (RTF), ce qui représente une légère augmentation de 1 % par rapport à 2010-2011. L'Estrie a maintenu son taux de conformité aux profils d'admissibilité en CHSLD (profils iso-SMAF de 10 et plus), passant de 81,6 % en 2010-2011 à 81,2 % cette année. La cible régionale est fixée à 85 % afin de s'assurer que ce milieu de vie soit disponible aux personnes en plus grande perte d'autonomie. Trois des sept CSSS présentent un taux supérieur à 85 %. L'Agence a documenté que 14,7 % de toutes les personnes admises ont un profil 9.

### Évaluation de la clientèle hébergée

L'opération annuelle d'évaluation de la clientèle hébergée en milieu de vie substitut (CHSLD, RI-RTF) s'est tenue à l'hiver 2012. Le taux de roulement en CHSLD est de 47,2 %. On note toutefois des taux de roulement variant de 40 % à 58 % selon les CSSS. La proportion des personnes avec profils iso-SMAF de 10 et plus représente 82 % de toute la clientèle hébergée en CHSLD. Six des sept CSSS ont plus de 85 % des usagères et des usagers avec un profil iso-SMAF de 10 et plus. La clientèle hébergée en CHSLD est âgée de 75 ans ou plus dans une proportion de 84,7 %, légèrement en hausse par rapport à 2010-2011 (82,6 %). On note une augmentation en ce qui a trait aux personnes âgées de 85 ans ou plus, soit 57,4 % comparativement à 51,9 % l'année précédente.

### Alternatives à l'hébergement

L'augmentation et la diversification de l'offre de milieux de vie s'est poursuivie activement, notamment grâce au budget de développement PALV 2011-2013. Cette mesure a permis la mise en place de différents milieux de vie davantage adaptés aux besoins des usagères et des usagers. Le continuum entre le domicile et l'hébergement permanent est maintenant beaucoup plus flexible, ce qui favorise au maximum l'autonomie et le soutien personnalisé offert aux personnes concernées dans leur milieu de vie naturel. Afin de répondre à la planification stratégique régionale de même qu'au *Plan de services intégrés pour les personnes âgées 2011-2013*, nous avons développé différentes mesures novatrices. Que ce soit par le biais de mesures de soutien à l'usager ou à la ressource ou par l'achat de places adaptées en résidences privées, ces alternatives à l'hébergement visent à maintenir le plus longtemps possible les gens à domicile et, par le fait même, à retarder leur hébergement. Au total, ce sont plus de 118 nouveaux usagers qui ont bénéficié de l'une ou l'autre de ces mesures.

## > Déficience physique

Au cours de l'année 2011-2012, des travaux en lien avec l'implantation du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience* se sont poursuivis, notamment le suivi du respect des délais d'attente qui est toujours une priorité.

Également, les membres du Comité directeur du programme Déficience physique avaient identifié comme priorités 2011-2012 de soutenir l'arrimage du consortium traumatisme crânio-cérébral (TCC) modéré-grave avec les services en CSSS, de poursuivre les travaux sur l'harmonisation des différentes mesures offertes en première ligne pour les personnes ayant une déficience, de définir la fonction de l'intervenant pivot établissement et l'intervenant pivot réseau et la trajectoire de services pour les enfants de moins de cinq ans en orthophonie.

Concernant l'arrimage des CSSS de la région au consortium TCC modéré grave, des mécanismes régionaux ont été mis en place afin de favoriser l'optimisation de l'offre de service de la première ligne pour la clientèle TCC modérée grave de l'Estrie.

La fonction de l'intervenant pivot établissement et de l'intervenant pivot réseau ont été élaborées dans un document présenté et adopté à la Table de coordination régionale de l'Estrie (TCRE) d'octobre 2011. L'année 2012-2013 permettra de faire le suivi de son implantation.

Concernant plus particulièrement la trajectoire de services en orthophonie pour les moins de cinq ans, il a été convenu régionalement de revoir l'entente de services entre le MSSS et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS). Cette entente n'a pas été revue depuis les dix dernières années et il demeure important de revoir les rôles et les responsabilités de tous et chacun.

Enfin, l'élaboration et l'adoption d'un *Plan régional de formation DI-TED-DP* permet aux intervenantes et aux intervenants du réseau travaillant auprès d'une clientèle ayant une déficience d'acquérir de nouvelles connaissances ou d'en faire la mise à jour. Il faut savoir que le CRE a développé l'ensemble des formations prévues au plan.

## > Déficience intellectuelle – Trouble envahissant du développement

Avec l'implantation du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*, le MSSS a affirmé ses orientations ministérielles en regard de l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services. Dans ce contexte, certaines mesures ont été désignées comme priorités de travail régionales par les membres du Comité directeur du programme DI-TED.

Ainsi, en 2011-2012, des travaux ont permis de préciser et de consolider la fonction de l'intervenant-pivot établissement et la fonction de l'intervenant-pivot réseau. D'ailleurs, au mois d'octobre, un document a été présenté et adopté à la TCRE. L'année 2012-2013 permettra de faire le suivi de son implantation.

Également, des travaux sur la mise en place de la hiérarchisation des services se sont poursuivis. Un document qui identifie les lignes directrices en DI-TED et qui intègre les standards prévus par le plan d'accès tels que l'intervenant-pivot établissement et l'intervenant-pivot réseau, le PSI et le processus de production du handicap a été élaboré. Il est notamment question des balises entourant l'offre de service pour la clientèle hébergée et recevant certains services du CRDITED Estrie. Ce document a fait l'objet d'une consultation régionale. Il sera présenté pour adoption à la TCRE dès avril 2012.

C'est sans contredit que l'élaboration d'un tel document témoigne de la volonté des établissements de la région à travailler en concertation.

Cette volonté est d'ailleurs reprise à l'intérieur du *Plan régional de formation DI-TED-DP* dédié aux intervenantes et aux intervenants de la première ligne et élaboré par le CRDITED Estrie (la deuxième ligne) ayant comme objectif de développer et de mettre à jour leurs connaissances.

L'une des priorités, suivie de façon continue, demeure le respect des délais d'attente.

De plus, au cours de l'année, le regroupement d'établissements oeuvrant auprès de la clientèle aux prises avec des déficiences intellectuelles ou des troubles envahissants du développement a subi une réorganisation administrative. En effet, le 30 janvier 2012, le Centre Notre-Dame-de-l'Enfant a été intégré au Centre d'accueil Dixville. Ainsi, le Centre d'accueil Dixville est maintenant le seul établissement composant le CRDITED Estrie. Cette réorganisation vise une optimisation des ressources ainsi que des gains au niveau de l'expertise clinique.

## > Jeunes en difficulté

### Programme *Réseau Parent'AISE*

Le programme d'intervention intégré en négligence, *Réseau Parent'AISE* est offert dans les CSSS depuis le 1er avril 2011. La collaboration du Centre jeunesse de l'Estrie (CJE) dans des rencontres de concertation ainsi que la tenue de formations intersectorielles sur tous les territoires de l'Estrie permettent de développer une vision commune des besoins de cette clientèle. Au cours de la prochaine année, l'offre de service se consolidera par la mise en place d'activités spécifiques et adaptées à la réalité de ces familles.

### Programme d'intervention de crise et de suivi intensif

La désignation du CSSS de Memphrémagog mandataire de la coordination régionale du programme ainsi que l'embauche du coordonnateur régional caractérisent l'année 2011-2012. Depuis, plusieurs activités de développement et d'implantation ont été réalisées. Les services seront disponibles dans tous les CSSS au 1er avril 2013.

### Offre de service spécialisée

L'année 2011-2012 a été marquée par le transfert de la mission de la VMC au CJE. Cette intégration se fait de façon progressive tout en assurant le maintien de la qualité des services offerts à la clientèle. Le CJE s'implique activement aux activités régionales, ce qui favorise une vision concertée et complémentaire de l'offre de service pour les jeunes en difficulté.

### Concertation, continuité et complémentarité

Enfin, l'Agence collabore avec ses partenaires à l'amélioration continue des services offerts aux jeunes et à leur famille. Dans le cadre de l'évaluation régionale des impacts de la nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), des rencontres de consultation avec les intervenants ont mis en évidence des défis qui permettront de bonifier les conclusions et les recommandations du rapport régional qui sera déposé en 2012-2013. L'Agence contribue également aux travaux de l'Engagement jeunesse et assure, en collaboration avec le MELS, le suivi de l'Entente de complémentarité MSSS-MELS.

## > Dépendances

Les efforts sont maintenus pour poursuivre les priorités régionales en Dépendances. À cet effet, la responsabilité de l'organisation des services du programme Dépendances a été confiée à la responsable du programme Santé mentale compte tenu de l'interface de ces deux programmes.

### Hiérarchisation des services en désintoxication

Comme prévu, un groupe de travail sur la hiérarchisation des services en désintoxication a été mis en place. Les consultations sur la trajectoire de services en désintoxication ont débutées.

### Certification des ressources privées en désintoxication

De façon continue, la certification et le soutien des organismes privés se poursuivent par le Service de la performance, de la qualité et des communications (SPQC) de l'Agence.

## > Santé mentale

### Suivi du plan de déploiement

La programmation de l'organisation des services résidentiels et de soutien à la personne dans son milieu de vie était prévue de 2008 à 2013. Déjà quatre années de changement de pratique à offrir des services de réadaptation visant le rétablissement des personnes aux prises avec un trouble mental grave. Au cours de l'année 2011-2012, les efforts ont été maintenus pour poursuivre les orientations du plan de déploiement.

- Un cadre de référence sur les ressources résidentielles en santé mentale a été élaboré.
- L'évaluation des clientèles hébergées dans les ressources intermédiaires régionales Pavillon La Montagne et CHSLD Maison Rose-Blanche est terminée.
- Des travaux ont eu lieu pour produire un cadre de référence régional sur les mesures de soutien à l'hébergement.
- Les règles de fonctionnement du mécanisme d'accès à l'hébergement local ont été convenues à l'hiver 2012 avec l'ensemble des CSSS.
- L'analyse des besoins résidentiels et de réadaptation pour la clientèle jeune adulte santé mentale avec problème complexe a été réalisée. Le Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges (CJPC / MSG) a reçu une somme récurrente de 200 000 $ de l'Agence afin de poursuivre l'entente contractuelle avec le Centre d'hébergement alternatif de Sherbrooke pour l'achat de sept places d'hébergement pour de très jeunes adultes.
- Les travaux locaux pour l'insertion socioprofessionnelle se poursuivent. Une somme récurrente de 241 721 $ a été versée en décembre 2011 afin de soutenir les CSSS de l'Estrie. Ces montants sont disponibles pour l'insertion socioprofessionnelle et l'organisation des ressources résidentielles.

### Services de suivi intensif et de suivi d'intensité variable dans la communauté

Depuis mai 2011, le service de suivi intensif comme demandé par le MSSS a débuté au CHUS. Cette équipe de suivi intensif assure un accès sept jours sur sept à une clientèle ayant des problèmes sévères de santé mentale et maintenue dans la communauté. Ces services s'ajoutent aux services de suivi d'intensité variable dispensés par les CSSS.

## > Santé physique

### Lutte contre le cancer et soins palliatifs

Des efforts concertés se sont poursuivis tout au long de l'année afin de mettre en œuvre un réseau de services intégrés pour les personnes atteintes de cancer ou à risque de l'être et leurs proches sur le territoire de l'Estrie. À cette fin, le Comité directeur du programme Santé physique a adopté, en février 2011, le *Cadre de référence régional – réseau intégré en oncologie/soins palliatifs de l'Estrie*. Ce cadre de référence définit les meilleures pratiques pour la clientèle en soins oncologiques et palliatifs aux différentes étapes du cheminement et permet d'harmoniser les processus de collaboration pour l'ensemble des partenaires et des cliniciens de la région de l'Estrie.

### Registre québécois du cancer

Dans le cadre de la mise en place du *Registre québécois du cancer*, les activités de la première phase ont été réalisées et des formations d'appoint ont été offertes aux archivistes au CHUS.

### Journée régionale en soins palliatifs

Une deuxième journée régionale en soins palliatifs organisée par l'Agence en collaboration avec ses partenaires s'est tenue le 30 septembre 2011.

### Appréciation des maisons de soins palliatifs

Le deuxième cycle de l'appréciation des maisons de soins palliatifs s'est tenu en 2012. À la suite d'une demande d'autorisation du conseil d'administration de la Maison Aube-Lumière, afin de dispenser certains services, l'Agence a évalué l'organisme conformément au processus prévu par le MSSS. Comme la Maison Aube-Lumière a démontré qu'elle répondait aux exigences, l'Agence a recommandé au ministre de la Santé et des Services sociaux d'agréer celle-ci en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) afin que les services soient dispensés auprès des personnes en fin de vie et de leurs proches.

### Laboratoires de biologie médicale

Depuis l'automne 2011, l'Agence participe aux travaux provinciaux d'optimisation des laboratoires de biologie médicale qui visent à doter le Québec d'un « système-réseau » de laboratoires, afin d'offrir des services de qualité optimale en matière de sécurité, de pertinence, d'accessibilité, d'efficacité et d'efficience.

### Cardiologie tertiaire

Au mois de décembre, des actions ont été réalisées pour maintenir l'accessibilité à la chirurgie cardiaque. En effet, afin de maintenir une offre de service, le CHUS a conclu des ententes qui ont permis d'obtenir un prêt de service pour un perfusionniste et de mettre en place des corridors de services pour diriger les patients vers d'autres établissements.

## 4.1.3 Orientation | Favoriser l'arrimage entre les services de première ligne et les services spécialisés

### 4.1.3.1 Services de consultation spécialisée à l'endroit de la première ligne

#### > Imagerie médicale

En suivi du *Plan d'action ministériel sur l'amélioration de l'accès en imagerie médicale*, un groupe de travail a été mandaté pour trouver des solutions aux problèmes d'accessibilité de la région. Des résultats impressionnants ont découlé de leurs travaux permettant ainsi la réduction des délais d'attente pour la clientèle élective non urgente. Au 31 mars 2012, les pourcentages moyens des examens réalisés à l'intérieur de 90 jours et moins sont au niveau de la tomodensitométrie (97 %), de la résonance magnétique (62 %) et de l'échographie générale (70 %). En 2010, les pourcentages moyens étaient de 0 %. Il n'en demeure pas moins que le délai d'attente pour certains types d'examens (ex.: échographie mammaire) est beaucoup trop long et que les travaux doivent se poursuivre, ainsi que la vigie. Tous ces travaux se font en collaboration avec la Table des directeurs des services professionnels et la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée.

#### > Plan régional des effectifs médicaux spécialisés

La *Planification quinquennale 2010-2015 des effectifs en médecine spécialisée* étant terminée, voici les résultats :

En 2011, neuf postes ont été ajoutés au nombre de postes autorisés, dans les spécialités suivantes : médecine interne, allergie-immunologie, anesthésie, médecine nucléaire, radio-oncologie, chirurgie vasculaire, dermatologie, psychiatrie adulte (grâce à deux enveloppes fermées).

De 2012 à 2015, huit postes ont été ajoutés au nombre de postes autorisés, dans les spécialités suivantes : chirurgie orthopédique (2013), chirurgie plastique (2014), hémato-oncologie (2013 et 2014), ortho-rhino-laryngologie (2013), pédiatrie néonatalogie (2013), pneumologie (2013), radiologie diagnostique (2013).

Le 31 mars 2012, on comptait au total 438 postes autorisés en médecine spécialisée en Estrie, dont 21 postes vacants.

## 4.1.4 Orientation | Développer un partenariat privilégié dans la mise en réseau des services

### 4.1.4.1 Mécanismes de concertation

#### > Comités directeurs régionaux/Programmes-services

**Au cours de l'année 2011-2012, 32 rencontres ont été tenues par les comités directeurs :**

- le Comité directeur du programme Déficience physique (DP);
- le Comité directeur du programme Dépendances;
- le Comité directeur du programme Déficience intellectuelle/Troubles envahissants du développement (DI-TED);
- le Comité directeur du programme Jeunes en difficulté (JED);
- le Comité directeur du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV);
- le Comité directeur du programme Santé mentale (SM);
- le Comité directeur du programme Santé physique;
- le Comité directeur du programme Services généraux (SG).
- le Comité directeur du programme Santé Publique.

Les travaux issus de ces instances de coordination régionale ont permis d'atteindre certains objectifs de services prévus dans le *Plan stratégique régional 2010-2015* de l'Agence pour chacun des programmes-services. Les résultats sont d'ailleurs signifiés dans la section concernant les programmes-services de ce rapport d'activités.

### > Comité régional d'accès aux services en langue anglaise

Les membres du comité se sont rencontrés à cinq reprises au cours de la dernière année afin d'évaluer le *Programme d'accès aux services en langue anglaise de l'Estrie 2007-2010*. Par la suite, le *Programme régional d'accessibilité aux services en langue anglaise 2011-2014* a été élaboré de concert avec les établissements et les organismes communautaires concernés, de même qu'avec le concours de représentants de la population d'expression anglaise. Ce nouveau programme a été, par la suite, soumis à la consultation puis adopté par les membres du conseil d'administration de l'Agence en mai 2011.

Conformément à l'article 348 de la LSSSS, voici le bilan des activités réalisées par l'Agence comme prévu dans le plan d'action du programme 2007-2010 :

- assurer une information continue destinée aux personnes d'expression anglaise de la région. Cette information porte sur le programme d'accessibilité, sur les obligations du réseau ainsi que sur les droits et responsabilités des personnes anglophones en matière de communication en langue anglaise;
- les documents disponibles en langue anglaise sont maintenant disponibles à l'ensemble des établissements grâce à la mise en place d'un babillard électronique;
- la traduction des documents provenant des établissements a été soutenue financièrement par l'Agence grâce à l'enveloppe régionale en soutien à ce programme;
- lors des campagnes d'information, de prévention et de promotion, des mesures particulières ont été mises en place pour joindre les personnes d'expression anglaise, notamment lors des événements entourant les mesures d'urgence face à la chaleur accablante.

### > La Table des directeurs des services professionnels

La Table des directeurs des services professionnels exerce ses fonctions sous l'autorité de la TCRE avec le soutien de la DSAMU. Elle est composée d'un directeur général répondant, des directeurs des services professionnels des CSSS, du CHUS, du CRE, de la directrice de la DSAMU ainsi que de la directrice adjointe à la DSAMU. Soulignons la participation régulière de la Dre Raymonde Vaillancourt, chef du DRMG, et du personnel professionnel de la DSAMU, lorsque jugé nécessaire.

Au cours de l'année 2011-2012, la Table des DSP s'est réunie à huit reprises et a réalisé, entre autres, les travaux suivants :

- poursuite des travaux en lien avec le *Plan d'action ministérielle en imagerie médicale*;
- poursuite des travaux au regard du projet *Accueil clinique* visant spécifiquement les mécanismes d'accès à la médecine spécialisée. Finalisé l'élaboration d'un document de travail illustrant un cadre de référence pour la suite des travaux à venir. Élaboration d'outils cliniques (neuf algorithmes) afin de supporter la pratique et les interventions cliniques;
- planification, organisation et mise en œuvre de la clinique-réseau CMU de la Ville de Sherbrooke;
- début des travaux d'optimisation quant au volet de la biologie médicale, et ce, selon les directives ministérielles;
- contribution au plan de communication pour le recrutement, la rétention et la fidélisation des médecins de famille en Estrie;
- support à la mise en place d'un projet clinique sur le suivi de la clientèle sous anticoagulothérapie orale en collaboration avec le Comité régional sur les services pharmaceutiques;
- support au déploiement d'outils cliniques dans le dossier de la trajectoire de la femme enceinte.

## 4.1.5 Orientation | Assurer la qualité des soins et des services de santé et des services sociaux offerts

### 4.1.5.1 Amélioration continue de la qualité

### > Concertation régionale sur la qualité

Faisant suite à l'adoption du *Cadre de référence sur la qualité des soins et des services en Estrie*, en 2010-2011, un plan de communication a été élaboré et réalisé. Le but était de le diffuser largement dans notre réseau, mais aussi auprès de nos partenaires. Les objectifs spécifiques consistaient à faire connaître ce nouveau document, mais aussi d'en profiter afin de souligner la qualité des soins et des services offerts

dans notre région. Pour ce faire, outre la grande diffusion du Cadre de référence, une version abrégée du document a été réalisée dans le but d'en faciliter l'appropriation. Un communiqué de presse a été transmis aux médias et une tournée des instances régionales du réseau (comités directeurs et tables régionales) a été entreprise, afin de sensibiliser l'ensemble des membres à cette vision de la qualité en Estrie.

Découlant de ces travaux, la Table régionale qualité (TRQ) a mis sur pied un sous-comité ayant comme mandat la promotion de la qualité en continu. Les objectifs de ce sous-comité sont de reconnaître le personnel œuvrant dans notre réseau comme acteur principal de la qualité des soins et des services, de promouvoir une culture de qualité, d'informer la population et de l'éduquer sur le rôle qu'elle peut jouer dans le but d'améliorer la qualité des soins et des services dont elle bénéficie. Un plan de communication est en cours d'élaboration. La sortie du premier rapport sur le *Registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux* (RNIASSSS) a été une occasion pour ce sous-comité, à l'automne 2011, d'utiliser cet événement afin de faire la promotion de la qualité dans le réseau estrien. En effet, la TRQ a tenu une conférence de presse régionale, dans le but d'expliquer que la déclaration des incidents et des accidents est primordiale, afin de poser des actions de corrections et d'éviter la récurrence. La Table a également souligné le professionnalisme et la qualité des soins et des services rendus par l'ensemble du personnel.

Par ailleurs, les travaux se sont poursuivis relativement à plusieurs dossiers, notamment par la création de groupes de travail. Des travaux ont été amorcés par un groupe de travail dans le but de déterminer un mécanisme d'harmonisation de la pratique du PSI afin d'assurer sa pérennité. De plus, un deuxième groupe de travail a analysé les derniers rapports d'agrément des établissements pour déterminer le type de bilan régional possible de produire dans l'optique de l'optimisation du processus d'agrément, en faisant ressortir les difficultés communes.

Les membres de la TRQ se sont réunis à trois reprises au cours de l'année 2011-2012. Outre les grands dossiers déjà mentionnés, les membres ont adopté une planification des formations pour l'année 2012-2013 et des sujets tels la promotion des droits des usagers, l'accessibilité des services en langue anglaise, la situation particulière des comités des usagers au cours de l'année et les recommandations à caractère systémique afin d'améliorer la qualité des services issues du *Rapport consolidé sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services 2010-2011*.

## > Visites d'appréciation de la qualité des milieux de vie

Les visites ministérielles d'appréciation de la qualité permettent d'évaluer l'implantation de l'approche *Milieu de vie* dans les établissements de santé et de services sociaux, de reconnaître les actions mises de l'avant à cet égard et de formuler des recommandations dans une perspective d'amélioration continue des soins et des services donnés à la clientèle concernée.

Les recommandations émises à la suite de chacune des visites d'appréciation ont donné lieu à l'élaboration, par les établissements, de plans d'amélioration suivis par la permanence de l'Agence.

Pour l'année 2011-2012, aucun établissement n'a été visité, le premier cycle des visites d'appréciation étant terminé. En mars 2012, trois plans d'amélioration étaient encore actifs sur un total de 21 installations CHSLD visitées en Estrie depuis 2004-2005.

À compter de mai 2012, les visites d'appréciation reprendront en Estrie; certaines modifications seront apportées à ces visites. Aussi, les établissements seront visités tous les 18 à 24 mois. Ces visites se feront maintenant sans préavis de 24 heures.

Entre chaque visite, l'Agence s'assurera du suivi des recommandations formulées, notamment par des visites ponctuelles, permettant l'appréciation de la mise en place des mesures identifiées au plan d'amélioration.

## > Promotion des droits des usagers

Différentes initiatives sont actualisées pour faire la promotion des droits des usagers. Les membres du Comité régional sur la promotion des droits des usagers ont produit un nouveau plan d'action s'échelonnant sur les deux prochaines années (2011-2013). L'actualisation de ce plan a permis la production de matériel promotionnel dont un emblème régional des droits des usagers par la représentation d'une fleur. Des affiches de différentes tailles présentant les droits des usagers ont également été produites. De plus, un cahier spécial portant principalement sur les droits des usagers a été intégré au journal régional. Finalement, une première semaine régionale de promotion des droits des usagers a été lancée à la fin d'octobre 2011.

L'Agence tient à souligner la contribution des comités des usagers et de résidents, présents dans chacun des établissements de santé et de services sociaux. Les comités sont les interlocuteurs privilégiés des utilisateurs des services de santé et des services sociaux. Acteurs clés de la promotion des droits des usagers, ils sont des partenaires essentiels à la mise en œuvre du *Plan d'action intégré pour la promotion des droits des usagers 2011-2013*.

### > Régime d'examen des plaintes

Le régime d'examen des plaintes permet de contribuer à l'amélioration continue de la qualité des services. Parmi les acteurs du régime d'examen des plaintes, le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services a la responsabilité de traiter les dossiers d'insatisfaction des usagères et des usagers portant sur les résidences privées pour aînés, le transport ambulancier, les organismes communautaires, les ressources en toxicomanie et en jeu pathologique ainsi que les activités de l'Agence. De plus, la LSSSS octroie au commissaire un pouvoir d'intervention de sa propre initiative dans des situations compromettant les droits des usagers.

Les faits saillants pour 2011-2012 sont :

- au total, 114 dossiers ont été traités ou sont en cours de traitement en fin d'année;
- parmi ces dossiers, on compte 41 plaintes, 34 interventions, 22 assistances et 17 consultations;
- les dossiers de plainte et d'intervention ont généré un total de 149 motifs d'insatisfaction;
- parmi les motifs complétés, 103 mesures correctives ont été recommandées;.
- 66 % des dossiers de plainte ont été traités dans le délai prescrit de 45 jours.

Globalement, les motifs d'insatisfaction ont porté sur :

- l'accessibilité aux services (12 motifs);
- l'aspect financier (12 motifs);
- les droits particuliers (7 motifs);
- l'organisation du milieu et les ressources matérielles (65 motifs);
- les relations interpersonnelles (10 motifs);
- les soins et services dispensés (41 motifs)
- autres (2 motifs)

#### Recommandations et mesures correctives

Les dossiers ayant fait l'objet de recommandations en vue d'appliquer des mesures correctives ont amélioré la qualité des services, entre autres au niveau de l'élaboration, de la révision et de l'application de règles, des politiques et règlements, de l'application de protocole clinique ou administratif et de l'encadrement du personnel.

#### Promotion du régime

Diverses activités ont été réalisées au cours de l'année pour favoriser une meilleure compréhension du Régime d'examen des plaintes : la supervision de stagiaires de la faculté de droit de l'Université de Sherbrooke, la planification de formations pour les commissaires de l'Estrie et des présentations auprès de deux associations.

## 4.1.5.2 Plan des mesures d'urgence

### > Poursuivre les travaux en lien avec le *Plan régional de sécurité civile* pour tous les volets, particulièrement en regard des changements climatiques

À l'instar des deux dernières années où nous avons vécu passablement de mesures d'urgence, l'année 2011-2012 fût plutôt tranquille à cet égard. Après la pandémie de 2009 et les événements climatiques extrêmes de 2010-2011, année où nous avons vécu les chaleurs extrêmes de l'été 2010, les inondations de l'automne 2010 et la tempête de neige de l'hiver 2011, ces événements nous ont permis davantage de s'approprier la structure de sécurité civile – mission santé qui existe au sein de l'Agence, et ce, pour tous les volets de la mission santé.

Cependant, l'année en cours a permis le commencement de quelques chantiers qui touchent de près la sécurité civile. Tout d'abord, pour le volet psychosocial, la formatrice régionale en intervention psychosociale en contexte de sécurité civile a élaboré un projet dans le cadre de sa maîtrise en service social qui consiste à augmenter l'information et améliorer les mécanismes de concertation lors de tels événements assurant ainsi un service de qualité à une clientèle vulnérable à la suite des traumatismes d'envergure dans leur vie.

De plus, l'équipe des services préhospitaliers d'urgence de l'Agence, en collaboration avec la sécurité civile, a travaillé à l'élaboration d'un projet-pilote qui consiste à fournir le soutien nécessaire à la gestion d'événements terrain en mesures d'urgence. Ce projet répond à des manques en communication, en collecte de données nécessaires

au déclenchement des différents plans de mesures d'urgence et à la gestion d'interopérabilité lors d'événements impliquant plusieurs paliers d'intervenants. De plus, la réalisation de ce projet palliera à un manque de structure lors d'événements terrain à grand déploiement comme des sinistres, provenant de causes humaines ou environnementales, impliquant la population et pour lesquels la contribution des services paramédicaux est sollicitée.

Par ailleurs, en collaboration avec les directions de santé publique de Montréal et de Québec, l'Agence participe à une importante étude qualitative portant sur les *Stratégies et les outils de communication du risque en lien avec la chaleur accablante et les personnes présentant un trouble psychotique*. En effet, la vague de chaleur d'importance de juillet 2010 a causé un excès significatif de décès au Québec, la plupart étant survenus dans la communauté, et non dans un établissement du RSSS. Parmi ces décès, plusieurs touchaient des personnes présentant des troubles de santé mentale (troubles psychotiques ou de dépendance). L'analyse de dossiers effectuée par la Direction de santé publique de Montréal a démontré que la plupart des gens qui sont décédés en communauté avaient été contactés dans les 24 heures précédant leur mort par un professionnel de la santé, un membre de la famille, un voisin ou un ami. Ces résultats ont mis en évidence que les stratégies et les outils actuels ne sont pas adéquats pour prévenir la mortalité liée à la chaleur, notamment auprès de la clientèle présentant des troubles psychotiques. L'étude réalisée permettra donc de bonifier ces avenues.

Et finalement, comme Sherbrooke accueillera les Jeux d'été du Canada en 2013, l'Agence a été mandatée par la Société hôtesse des Jeux d'été du Canada - Sherbrooke 2013 afin de mettre en place et de coordonner le Service de santé. En effet, dans le cadre des Jeux, il est prévu d'avoir un service de santé afin de répondre aux besoins des personnes participantes en matière de santé. L'Agence est également responsable d'assurer un plan de mesures d'urgence à cet égard. Tous ces chantiers se poursuivront pour l'année 2012-2013.

## 4.1.5.3 Prestation sécuritaire

### > Système d'information sur la sécurité des soins et des services

L'année 2011-2012 a été marquée par la première sortie en décembre 2011 du rapport national sur les incidents et accidents. Les données de ce rapport sont extraites des registres locaux des incidents et des accidents et colligées dans le *Système d'information sur la sécurité des soins et des services*. Un téléversement de tous les incidents et accidents déclarés par l'ensemble des établissements de la province dans une banque nationale de données dénominalisées est réalisé. Ainsi, un registre national a été créé afin d'analyser, de prévenir et de contrôler les incidents et les accidents.

Les données du RNIASSSS, couvrant la période du 1er avril au 30 septembre 2011, indiquent que la majorité des événements survenus en Estrie suivent la tendance nationale, c'est-à-dire que les chutes (28,9 %) et la médication (39,3 %) sont les événements les plus déclarés. Aussi, les établissements ayant une mission de CHSLD, sont les installations où le plus d'événements ont été déclarés. Cette donnée était tout à fait prévisible, puisque la clientèle de ces établissements, majoritairement âgée, consomme plus de médicaments et présente un risque de chutes plus élevé.

### > Prévention des infections nosocomiales

La Table régionale de prévention des infections nosocomiales a élaboré, au cours de l'année 2011-2012, avec le soutien de la DSPE, un plan de travail visant à soutenir les différentes missions des établissements. En particulier, on note la production d'un outil pour aider les établissements dans les processus d'agrément au chapitre des infections nosocomiales. De plus, des guides sur *Les valises, glacières, bacs et sacs de transport utilisés pour les soins et les services à domicile et dans les écoles* et *Le programme d'entretien du matériel éducatif et d'évaluation* ont été élaborés.

### > Les mesures de contrôle : la contention, l'isolement et les substances chimiques

L'utilisation de la contention, de l'isolement et des substances chimiques, à titre de mesures de contrôle, doit se faire de façon exceptionnelle et exclusive, c'est-à-dire lorsqu'il s'agit d'assurer la sécurité de la personne ou celle d'autrui.

Le déploiement *du Programme national de formation sur la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle* auprès du personnel concerné, plus spécifiquement auprès des médecins, du personnel infirmier, des ergothérapeutes et des physiothérapeutes, s'est poursuivi durant l'année. En 2011-2012, l'Estrie a atteint la proportion de 54 %, soit 9 % de plus que l'année précédente. Une diminution est remarquée quant à la formation des médecins, passant de 27 % au 31 mars 2011 à 19 % au 31 mars 2012, et des ergothérapeutes, passant de 71 % au 31 mars 2011 à 60 % au 31 mars 2012. Ces diminutions ont été compensées par une amélioration significative de la proportion de personnel formé pour les infirmières et les infirmiers et la catégorie Autres comprenant par exemple les préposées et préposés aux bénéficiaires (PAB), les infirmières et infirmiers auxiliaires, etc. La diffusion de la formation se poursuivra dans les prochaines années afin d'atteindre l'objectif de 66 % du personnel concerné formé.

### > Bureau du coroner

Avec l'objectif de s'assurer d'une prestation sécuritaire de services, l'Agence facilite le suivi des recommandations formulées dans les rapports d'enquête et d'investigation du coroner.

Au cours de l'année, cinq rapports d'investigation du Bureau du coroner ont été reçus à l'Agence. Dans ces rapports, six recommandations s'adressaient à des établissements de notre réseau et une s'adressait directement à l'Agence.

Les recommandations visant les établissements leur ont été transmises accompagnées d'une demande afin d'obtenir les actions qui seront entreprises pour se conformer à ces dernières. L'ensemble des recommandations portent essentiellement sur l'évaluation des pratiques ou des procédures et sur la mise en place, au besoin, de nouvelles pratiques ou procédures pour assurer la sécurité des usagères et des usagers. Au 31 mars 2012, deux suivis en lien avec les six recommandations nous avaient été acheminés de la part des établissements concernés.

En regard de la recommandation destinée à l'Agence, la DSAMU a été mise à contribution pour y répondre. Elle portait sur la révision des soins et des services offerts à un usager décédé connu d'un des établissements de notre région.

## 4.1.5.4 Certification des résidences pour personnes âgées et autres clientèles

### > Résidences pour personnes âgées

La certification des résidences privées pour aînées (RPA) a pour objectif d'assurer des milieux de vie agréables, sécuritaires et adaptés aux besoins à près de 6 000 estriennes et estriens qui y résident.

Au 31 mars 2012, 118 RPA figuraient au *Registre des résidences privées pour aînés*. De ce nombre, 92 avaient été certifiées et 26 étaient en processus de suivi. Les résidences sont en attente d'une première certification, soit parce qu'il s'agit d'une nouvelle inscription au registre des résidences, soit en raison de non-conformité relativement aux éléments liés à la sécurité incendie ainsi qu'à l'usage de leur bâtiment compte tenu de la clientèle hébergée. Les dossiers sont alors analysés selon une procédure convenue entre les ministères concernés.

### > Ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique

Les modifications apportées à la LSSSS par l'adoption du projet de loi nº 56 (2009, c. 46) étendent le processus de certification des RPA à certaines ressources qui offrent de l'hébergement dans le domaine de la santé et des services sociaux, notamment les ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique (RTJP). En juillet 2010, le *Règlement sur la certification des RTJP* a été adopté et statuait sur les ressources visées pour l'obtention obligatoire d'un certificat de conformité et sur les exigences à rencontrer par ces dernières. Ainsi, depuis l'adoption de ce règlement, l'Agence a débuté la mise en place du processus de certification des RTJP, elle accueille les demandes d'information de ces

ressources et les demandes d'admissibilité, elle assure l'interface avec le Conseil québécois d'agrément et elle émet les certificats et s'assure du maintien de la conformité.

Des mesures sont établies dans la Loi afin d'assurer une transition harmonieuse pour les ressources possédant déjà une certification volontaire. Au 31 mars 2012, treize RTJP sont présentes sur le territoire de l'Estrie. De ce nombre, une ressource a été certifiée en fonction de la nouvelle règlementation, une nouvelle ressource est entrée dans le processus de certification, neuf étaient en processus de renouvellement de certification et deux ressources doivent renouveler leur certification d'ici le 30 juin 2012. En tout, 580 places sont disponibles pour l'ensemble des ressources de l'Estrie.

## 4.2 ENJEU 2

## LA MAXIMISATION DE NOTRE CAPACITÉ D'ATTRACTION, DE RÉTENTION ET D'ADAPTATION À L'ÉVOLUTION DE LA PÉNURIE ACTUELLE ET APPRÉHENDÉE EN RESSOURCES HUMAINES, DANS L'ENSEMBLE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

Dans le cadre de l'enjeu 2 du *Plan stratégique régional 2010-2015* du RSSS de l'Estrie vient se greffer la *Planification stratégique régionale de la main-d'œuvre 2007-2012*. Dans ce contexte, à l'An 5, dernière année de ce plan, l'Agence a poursuivi la concertation et les actions sur les priorités en matière de planification de la main-d'œuvre et de développement des compétences au plan régional, et ce, auprès du personnel salarié et d'encadrement.

Ce plan stratégique propose une approche systémique et concertée de la planification de main-d'œuvre et du développement des compétences du personnel du réseau, où convergent aussi bien les actions locales et régionales que les orientations ministérielles.

### 4.2.1 Orientation | Augmenter le pouvoir d'attraction du secteur de la santé et des services sociaux

> Valorisation du secteur de la santé et des services sociaux, de ses établissements et de ses professions et métiers

En 2011-2012, l'Agence a participé à l'organisation de deux salons régionaux où les établissements de santé et services sociaux de l'Estrie étaient représentés.

- Le Salon des finissantes et finissants en santé et services sociaux s'est tenu le 9 novembre 2011 au Grand Times Hôtel. Les finissantes et les finissants de tout programme y étaient invités pour se faire applaudir par l'ensemble des établissements du RSSS. Chaque personne a eu l'occasion d'y rencontrer les représentantes et les représentants présents pour échanger sur les possibilités d'emploi;
- Le Salon des emplois d'été en santé et services sociaux de l'Estrie, s'est tenu le 30 janvier 2012. Les étudiantes et les étudiants de différents programmes d'études ciblés ont pu y rencontrer les établissements afin de connaître les possibilités d'emploi pour l'été.

Ces salons rejoignent stratégiquement les clientèles visées, soit les étudiantes et les étudiants voulant intégrer les établissements de notre réseau et les personnes sur le marché du travail qui désirent intégrer le réseau.

## 4.2.1.1 Recrutement de la main-d'œuvre

### > Diversification du bassin de main d'œuvre potentielle

En collaboration avec des partenaires de l'éducation et de l'immigration, près d'une dizaine de personnes immigrantes ont été intégrées comme préposées et préposés aux bénéficiaires dans deux établissements de l'Estrie. Ces personnes ont des formations liées au domaine de la santé et des services sociaux dans leur pays, mais ne peuvent être reconnues par les ordres professionnels du Québec sans démarche à plus ou moins long terme. Nous pouvons affirmer que ce programme est maintenant à maturité et que le projet se perpétuera pour les prochaines années.

### > Définition des stratégies de recrutement régional

La nouvelle campagne régionale de recrutement *L'Estrie t'applaudit*, axée sur les nouvelles technologies, oriente dorénavant nos stratégies de recrutement. Entre autres, de nouveaux outils Web 2.0 ont été mis de l'avant, nous pouvons rejoindre de nombreux « amis Facebook », des bracelets clé USB ont été distribués afin de faire la promotion du site régionale *L'Estrie t'applaudit*.

Cette campagne, développée par l'équipe des communications de l'Agence, s'avère une belle contribution au recrutement régional.

### > Soutien à la préparation à l'emploi

Le projet *Partenariat régional d'intégration de la main-d'œuvre en santé et services sociaux* (PRIMOSSS) étant terminé, la structure assurant sa pérennité a été mise en place, comme demandé par la TCRE, afin de continuer à développer des milieux de stage et de préparer la relève à son intégration dans nos milieux de santé et de services sociaux.

Le service de placement étudiant s'est poursuivi à l'été 2011. Le lancement, les inscriptions au recrutement régional et un suivi des embauches résultent de cet exercice. Les travaux se sont poursuivis en 2012 par un service en ligne sur le site de *L'Estrie t'applaudit*. Ce service s'adressait aux étudiantes et aux étudiants de certains programmes d'études visant l'intégration de la relève du RSSS. Plusieurs établissements ont participé à cet exercice.

Pour assurer la réalisation des stages requis dans les programmes de formation en santé et en services sociaux, les travaux se poursuivent chaque année par la coordination entre les établissements du réseau et la concertation des partenaires régionaux. Voici les programmes d'études concernés :

- Santé, assistance et soins infirmiers (infirmière auxiliaire et infirmier auxiliaire);
- Assistance à la personne en établissement de santé (préposée et préposé aux bénéficiaires);
- Assistance à la personne à domicile (auxiliaire aux services de santé et sociaux);
- Soins infirmiers (infirmière et infirmier);
- Sciences infirmières (infirmière clinicienne et infirmier clinicien).

De plus, les travaux sont terminés pour l'implantation de l'outil informatique pour la gestion et la planification des stages en soins infirmiers et soins d'assistance. Cette application Web vise à soutenir le RSSS et celui de l'éducation. Cet outil Web s'intitule HSPnet (Health Sciences Placement Network, pour Réseau de gestion des stages en sciences de la santé).

**PRIMOSSS**
**Partenariat régional d'intégration de la main-d'œuvre en santé et en services sociaux**

## 4.2.2 Orientation | Améliorer les processus de recrutement des établissements

### 4.2.2.1. Recrutement de la main-d'œuvre

> Actualisation du plan de main-d'œuvre

Afin d'actualiser le *Plan de main-d'œuvre 2007-2012*, l'Agence continue l'implantation du cadre normatif en gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre (GPMO). De plus, elle soutient les établissements relativement à l'harmonisation des données régionales par le biais d'un outil standard répondant aux normes ministérielles, et ce, par un module du logiciel Logibec nommé *Planification de la main-d'œuvre – Plan prévisionnel des effectifs* (PMO-PPE). Également, la nouvelle solution d'intelligence d'affaires *Système d'information des ressources humaines* (SIRH) est disponible actuellement à l'ensemble des établissements. Le SIRH propose une base de réflexion, de recherche et de prises de décisions en matière de gestion des ressources humaines en lien, notamment, avec les six indicateurs du cadre normatif ministériel en GPMO.

## 4.2.3 Orientation | Accroître le taux de rétention de la main-d'œuvre dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie

### 4.2.3.1 Rétention de la main-d'œuvre

> Soutien aux établissements quant aux changements favorisant la rétention de la main d'œuvre

Afin d'attirer et de retenir le personnel infirmier, un programme de soutien clinique – volet préceptorat est offert aux établissements par le MSSS. Ce programme permet à huit établissements de notre région de supporter notre personnel infirmier en fonction de ses réalités.

> Mise en commun et développement d'outils pour travailler à l'organisation du travail

Le projet d'organisation des soins et du travail en CHSLD des sept CSSS de la région a été transféré au Comité directeur du programme PALV de la DSAMU afin d'assurer sa pérennité. De plus, un plan régional de formation est sur le point de se terminer pour l'ensemble des partenaires visés par ces sept projets.

> Soutien au développement en réseau de la transformation du travail

En 2011-2012, un projet interétablissements entre le CRE et le CRDITED a été lancé. L'objectif de celui-ci est de permettre au CRDITED d'être soutenu par le CRE pour le transfert du projet Apollo dans son établissement.

Trois projets pour l'amélioration des conditions d'exercice des cadres ont été approuvés par le MSSS dans la région. Le CSSS du Granit et le CSSS de Memphrémagog débutent donc leurs travaux en 2012 sous l'approche LEAN. Ils devraient avoir atteint leur objectif d'ici le printemps 2013.

### > Organisation optimale du travail du personnel infirmier, notamment par des pratiques novatrices

Des projets novateurs et porteurs de résultats se développent et se réalisent dans les établissements de la région, avec le soutien de l'Agence et du MSSS pour faciliter leur implantation. Voici les projets en Estrie :

- Le Projet BATH (Besoin d'aide technique lors de l'hygiène) en ergothérapie et en milieu communautaire;
- Le programme d'intéressement au rôle d'infirmière praticienne spécialisée et d'infirmier praticien spécialisé (IPS) en soins de première ligne (quatre IPS ont intégré jusqu'à maintenant quatre établissements et dix de plus devraient le faire d'ici 2017).

Tous ces projets visent l'organisation optimale du travail dans nos établissements.

## 4.2.4 Orientation | Positionner le développement des compétences auprès des employeurs et du personnel du secteur, comme source privilégiée de motivation de la main-d'œuvre et d'amélioration de la performance des établissements

### 4.2.4.1 Développement des compétences des ressources humaines

### > Actualisation du plan de main d'œuvre

La *Planification régionale en matière de développement des compétences des ressources humaines du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie – Plan stratégique 2010-2013* a été adoptée par le conseil d'administration de l'Agence, lors de son assemblée du 13 octobre 2010. De plus, le *Cadre régional de gestion en matière de développement des ressources humaines du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie* a été adopté par le conseil d'administration lors de son assemblée du 13 octobre 2010.

Dans ce contexte, voici les principales réalisations de l'An 2 (2011-2012) de la planification régionale dans le secteur du développement des compétences en Estrie :

- Amorce du Plan régional de formation (PRF) pour les programmes-services PALV et Santé physique;
- Mise en place d'un système de rétro-information et de cueillette de données en lien avec la programmation annuelle réseau;
- Coordination du Comité régional de développement des ressources humaines des organismes communautaires (CRDRH-OC);
- Coordination du Comité régional de développement des ressources humaines des RI-RTF-RNI (ressources non institutionnelles – privées, art. 108).

## 4.2.5 Orientation | Bonifier la programmation des activités de développement des compétences en fonction des besoins spécifiques des établissements

### 4.2.5.1 Développement des compétences des ressources humaines

L'Agence offre au personnel du RSSS diverses activités en matière de développement des compétences, afin d'assurer l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences pour dans l'implantation ou la consolidation de nouvelles approches, pratiques ou technologies survenues dans les différents programmes-services.

C'est avec la collaboration des comités directeurs, mis en place afin de coordonner l'actualisation des orientations régionales en lien avec les différents programmes-services ainsi que les différentes tables régionales mandatées pour des problématiques spécifiques comme la qualité et la communication, que l'Agence planifie ces activités de développement des compétences. À la suite d'une priorisation des besoins avec ces instances régionales, une programmation annuelle est développée et mise en œuvre par les Ressources humaines de l'Agence.

Dans ce contexte, voici un tableau comparatif sur l'ensemble des activités en développement des compétences offertes par l'Agence :

| SUJET | ANNÉE FINANCIÈRE 2011-2012 | ANNÉE FINANCIÈRE 2010-2011* | ÉCART |
|---|---|---|---|
| NOMBRE DE PERSONNES PARTICIPANTES FORMÉES | 3 196 | 2 109 | + 1 087 |
| NOMBRE D'ACTIVITÉS RÉGIONALES DE FORMATION | 230 | 128 | + 102 |

** Données ajustées à la suite de la parution du rapport annuel 2010-2011*

### > Le personnel d'encadrement et la relève

Afin de répondre au manque de relève de gestionnaires et pour augmenter les compétences des gestionnaires actuels du réseau estrien de la santé et des services sociaux, l'Agence coordonne un programme de formation sur mesure pour les cadres et la relève, en collaboration avec l'Université Laval de Québec. Ce programme offre une formation scolaire de premier et de deuxième cycle en gestion et en développement des organisations et les coûts sont assumés conjointement par les établissements et par l'Agence.

Au 31 mars 2012, 48 personnes étaient en formation au premier cycle et 91 personnes au deuxième cycle, comparativement au 31 mars 2011 où nous retrouvions 38 personnes en formation au premier cycle et 45 personnes au deuxième cycle.

De plus, l'Agence coordonne un nouveau programme court de deuxième cycle en gestion de la performance (LEAN) appliquée au système de santé et des services sociaux, et ce, avec l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Au 31 mars 2012, 25 personnes étaient en formation dans le cadre de ce programme LEAN-UQTR.

Une activité de formation d'une journée sur le LEAN fut également coordonnée par l'Agence pour l'ensemble des comités de direction (CODIR) des établissements. En 2011-2012, 97 membres des CODIR des établissements ont participé aux sept activités de développement des compétences offertes par l'Agence en collaboration avec l'UQTR (16, 21, 28 novembre 2011, 5, 7, 12 décembre 2011 et 10 janvier 2012).

Aussi, dans le cadre des rendez-vous du personnel d'encadrement, une activité régionale de formation a été tenue le 28 avril 2011 et avait comme thématique, en première partie, « la gestion et le développement des compétences » en présence de M. Robert H. Haccoun, professeur titulaire au département de psychologie à l'Université de Montréal et rédacteur en chef adjoint de la Revue internationale de psychologie appliquée. Son expertise est reconnue en psychologie du travail et dans l'organisation, ainsi qu'au niveau du transfert des apprentissages. Cent quarante personnes ont assisté à cette activité. En deuxième partie du rendez-vous des cadres a eu lieu l'importante collation des grades avec la collaboration de l'Université Laval (65 personnes graduées).

## 4.2.6 Orientation | Développer une image de marque et d'employeurs de choix dans notre région aux yeux des candidates et des candidats, ainsi que du personnel

### 4.2.6.1 Connaissance et reconnaissance du réseau estrien et mobilisation du secteur de la santé et des services sociaux

### > Promotion du réseau estrien et de son offre de service de santé et de services sociaux

La campagne régionale de recrutement s'est poursuivie en Estrie. Sous le thème *L'Estrie t'applaudit*, elle a comme objectif principal d'attirer les finissantes et les finissants en santé et services sociaux hors de la région estrienne en leur présentant, par une approche novatrice, nos

établissements et leur offre de service. En 2011-2012, une campagne hors région et très ciblée a été déployée par les Communications en collaboration avec les Ressources humaines de l'Agence afin d'attirer cette clientèle vers l'Estrie.

La poursuite d'approches novatrices, comme Planetree au CRE, au CJE, au CSSS du Granit et au CSSS du Val-Saint-François ainsi qu'Entreprise en santé au CSSS-IUGS et au CRE, favorise le développement d'une image de marque et d'employeurs de choix dans notre région.

## > Développement d'un partenariat avec l'ensemble du milieu de l'éducation en Estrie (universités, collèges, centres de formation professionnelle, commissions scolaires, etc.) pour faire face à l'ensemble de nos besoins de main-d'œuvre

L'Agence, le Cégep de Sherbrooke et les établissements de santé et de services sociaux de l'Estrie ont mis en place un programme d'intégration professionnelle en soins infirmiers. Onze personnes sont en formation et seront disponibles à travailler dans notre réseau.

Le réseau cherche à inciter les jeunes du secondaire à choisir un programme de formation pouvant leur ouvrir les portes vers une carrière dans nos établissements. L'Agence a réalisé un projet-pilote de rencontre d'ambassadrices et d'ambassadeurs dans une école de l'Estrie. Ce processus a permis de bien faire les choses pour intégrer plusieurs ambassadrices et ambassadeurs qui présenteront aux jeunes des choix de carrières possibles dans le RSSS dans les prochaines années.

En parallèle à ce projet, la région s'est associée au projet *Jeunes explorateurs d'un jour* qui a pour mandat d'organiser des visites pour des étudiantes et des étudiants de quatrième secondaire et de cinquième secondaire dans les établissements de santé et de services sociaux de la région de Sherbrooke. En 2011-2012, quatorze étudiantes et étudiants de Sherbrooke ont pu visiter quatre établissements, afin de découvrir des carrières qui pourraient les intéresser dans le RSSS.

### 4.2.7 Orientation | Mobiliser l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux autour du réseau estrien et des enjeux de la planification de la main-d'œuvre

#### 4.2.7.1 Connaissance et reconnaissance du réseau estrien et mobilisation du secteur de la santé et des services sociaux

> Renforcement de l'implication du secteur de la santé et des services sociaux pour faire face aux enjeux de planification de la main-d'œuvre

Dans le but de faire connaître le RSSS, l'Agence a maintenu et optimisé ses partenariats, notamment avec le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC), le MELS et le Projet régional d'intégration en Estrie (PRIE). Des projets tels que la formation de personnes immigrantes comme PAB, l'appui à un laboratoire d'apprentissage assisté par mannequins simulateurs au Cégep de Sherbrooke et la gestion en réseau des stages sont des exemples concrets de ce partenariat bien actif.

## 4.3 ENJEU 3 LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS DE PROMOTION, DE PRÉVENTION ET DE PROTECTION PRÉVUES DANS LE PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE 2004-2007 ET DE SA MISE À JOUR 2010

> Programme de subventions en santé publique

Afin de soutenir la réalisation de projets de recherche et d'évaluation dans le domaine de la santé publique dans chacune des régions sociosanitaires, le MSSS alloue une somme de 115 000 $ par année à l'Estrie. Tous les deux ans, un concours visant les établissements du réseau public de la santé et services sociaux ainsi que les organismes communautaires reconnus par l'Agence est lancé.

Pour l'édition du concours 2010-2012, les cinq projets en cours sont les suivants :

- Le projet d'étude *Stratégies favorisant la rétention des familles avec les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* (SIPPE).
- Le projet d'évaluation *Mon portrait de Magog, un outil de communication entre les milieux préscolaire et scolaire pour faciliter la transition des enfants*.
- Le projet d'évaluation *Mieux prévenir, dépister et traiter l'hépatite C en Estrie*.
- Le projet d'évaluation *Pratiques cliniques préventives des médecins omnipraticiens pratiquant en première ligne et des infirmières en GMF de l'Estrie : portrait de situation*.
- Le projet d'étude *Étude de prévalence des problématiques de santé environnementale à l'échelle des communautés*.

Parmi les projets des concours antérieurs qui étaient en cours en 2011-2012, trois sont en voie d'être terminés et un s'est terminé en avril 2011. Les rapports des projets terminés sont disponibles sur le site Web de l'Agence.

> Plan d'action régional en santé publique

À la suite de la mise à jour du *Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012*, en 2008, au niveau national, et de la publication du PAR-SP 2004-2007 – mise à jour 2010 ainsi que des sept plans d'action local en santé publique, la DSPE a procédé, à l'hiver 2012, à une évaluation de l'implantation des activités prescrites dans ces documents de référence. Plus précisément, un outil simple a été développé pour

évaluer chaque activité et ensuite générer de multiples résultats (score global pour le PNSP, par domaine d'intervention, par thématique prioritaire du PAR-SP, etc.). Cet outil permet de synthétiser l'évolution de l'implantation des activités au niveau régional et local et de mieux cerner les défis pour les années à venir.

## 4.3.1 Orientation | Accentuer les mesures de promotion de la santé et du bien-être et de prévention primaire des maladies dans tous les domaines de la santé publique

### 4.3.1.1 Développement, adaptation et intégration sociale

#### > Programmes préventifs s'adressant aux tout-petits et aux familles

Les activités suivantes ont été réalisées pour les programmes préventifs s'adressant aux tout-petits et aux familles :

- La production et la diffusion du bilan annuel du *Programme d'interventions préventives auprès des femmes enceintes, des enfants de 0 à 5 ans et leur famille vivant en contexte de vulnérabilité* (aussi appelé *Programme intégré 0-5 ans*). Le bilan indique que :
  - les familles ont été nombreuses à recevoir les services des établissements impliqués dans ce programme, c'est-à-dire les CSSS et la VMC;
  - durant l'année 2011-2012, 586 femmes enceintes et près de 1 000 enfants âgés entre 0 et 5 ans ont été rejoints, ce qui représente 100 % de la clientèle qui est visée;
  - les familles bénéficient d'interventions à domicile sur une base régulière;
  - les enfants fréquentent un milieu de garde dans 40 % des cas;
  - les organismes communautaires famille offrent divers services et activités à la clientèle du programme dans l'ensemble des territoires de l'Estrie;
  - la concertation clinique et intersectorielles se poursuit.
- L'organisation de formations destinées au personnel du *Programme intégré 0-5 ans*, telles que :
  - des activités de supervision sur l'attachement parents-enfant, adaptées aux besoins et à la réalité de chacune des équipes locales 0-5 ans;
  - une activité d'intégration portant sur l'intervention auprès de la clientèle présentant un trouble de la personnalité;
  - diverses activités de formation offertes au nouveau personnel du *Programme intégré 0-5 ans* : une formation sur l'utilisation de l'outil Brigance (outil d'évaluation du développement de l'enfant), une formation sur l'attachement parents-enfants;
  - des activités de formation et de soutien pour les personnes qui agissent comme conseillers cliniques auprès du personnel du *Programme intégré 0-5 ans*.
- L'animation du sous-comité du *Programme intégré 0-5 ans*.
- La participation aux travaux provinciaux relatifs aux SIPPE.
- La participation aux travaux régionaux portant sur l'arrimage des SIPPE et Réseau Parent'Aise.
- La participation à l'élaboration du projet régional soumis à *Avenir d'enfants* et portant sur la mise à jour de la version française de l'outil Brigance (inventaire du développement de l'enfant entre 0 et 7 ans).

#### > Allaitement maternel et périnatalité

Concernant l'allaitement maternel et la périnatalité, les activités suivantes ont été réalisées :

- La mise à jour du *Programme de formation en allaitement maternel de la région de l'Estrie* et la poursuite de sa diffusion auprès du nouveau personnel concerné des CSSS et des organismes communautaires.
- La diffusion du *Programme de formation en allaitement maternel de la région de l'Estrie – Volet CHUS* auprès du

personnel infirmier de la maternité et de la néonatalogie du CHUS et la formation des formatrices pour ce volet. 122 personnes ont été formées pour les modules 1, 2 et 3, soit 7,25 heures de formation.

- L'élaboration de la formation *L'approche C.A.D.E.A.U. : Application au rôle d'accompagnement dans le parentage de proximité et l'allaitement*.
- L'élaboration d'un plan d'enseignement prénatal en matière d'allaitement à l'intention des futurs parents.
- La mise à jour et la distribution du bottin régional des ressources en allaitement.
- L'organisation d'activités de promotion de l'allaitement maternel, en collaboration avec les répondantes locales en allaitement, lors de la Semaine mondiale de l'allaitement maternel.
- Le soutien des CSSS du CHUS dans la démarche d'agrément *Initiative des amis bébés*.
- L'animation du *Sous-comité régional de travail dans le cadre de l'implantation de l'Initiative des amis des bébés*.
- La participation aux travaux de la Table nationale des répondantes en allaitement maternel.
- L'organisation de la distribution régionale du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*.
- La participation aux travaux provinciaux concernant la mise en oeuvre de la Politique de périnatalité.
- L'organisation de la formation sur l'utilisation des courbes de croissance de l'OMS.
- La participation aux travaux régionaux portant sur la trajectoire des services aux femmes enceintes..

## > Programme *Fluppy* s'adressant aux enfants de la maternelle et à leur famille

La production du dernier bilan annuel et le suivi de l'implantation du programme *Fluppy* démontrent qu'en 2010-2011 :

- cinquante-trois écoles primaires, dont quatre-vingt-cinq classes de maternelle, principalement localisées dans des milieux présentant des indices de défavorisation élevés, ont déployé le programme *Fluppy*;
- plus de 1 360 enfants ont participé aux ateliers du programme *Fluppy* et 150 familles ont bénéficié en moyenne de 8,2 visites à domicile;
- plus de 1 172 ateliers ont été présentés dans les classes de maternelle de la région;
- trois journées de formation sur le programme *Fluppy* ont été offertes à 19 personnes provenant des CSSS et du milieu scolaire. Également, 23 intervenantes et intervenants des CSSS ont participé aux quatre activités de supervision clinique prévues dans le cadre de ce programme.

## > Approche *École en santé*

Les répondantes et les répondants locaux des CSSS et des commissions scolaires poursuivent leurs travaux avec les écoles pour des activités préventives cohérentes, intégrées et conformes au souci d'efficacité de l'approche *École en santé* (AÉS). Environ 60 % des écoles (niveaux primaire et secondaire) sont engagées dans *École en santé*. En 2011-2012, trois rencontres régionales des répondantes et des répondants locaux AÉS se sont tenues. En plus de créer une dynamique de soutien entre répondants AÉS, ces rencontres permettent d'inviter des partenaires régionaux, collaborateurs pour des actions dans les milieux et de renforcer ainsi les actions en partenariat et complémentarité.

La participation de la répondante régionale *École en santé* de l'Agence à différentes tables ou comités régionaux traitant de préoccupations de santé, bien-être et réussite chez les jeunes, permet d'entretenir des liens entre *École en santé* et les dossiers régionaux comme la violence et l'intimidation, l'homophobie et la lutte au décrochage scolaire.

La Table régionale sur les arrimages en milieu scolaire, créée en 2009 à l'initiative des répondants régionaux *École en santé*, a poursuivi ses travaux. Un groupe de travail sur la cour d'école et la violence a piloté les travaux aboutissant à la production d'un DVD sur ce thème et intitulé : *Ma cour d'école, plein d'idées qui sonnent une cloche!*. Un autre groupe de travail coordonne les travaux pour un dépliant sur les boissons énergisantes (pour les adultes et les parents). La dynamique entre les programmes nationaux et les priorités régionales et locales ainsi que le développement de compétences des animateurs en activité physique et en saines habitudes de vie font aussi partie des préoccupations priorisées. Une thématique retient l'attention des partenaires : l'anxiété chez les enfants et les jeunes.

À l'intérieur même de l'équipe de la DSPE, l'utilisation de l'AÉS, comme véhicule pour l'implantation des meilleures pratiques préventives en milieu scolaire, suscite des collaborations renforcées, en particulier autour du dossier des saines habitudes de vie (alimentation, activité physique) et de l'éducation à la sexualité.

## > Prévention du suicide

Une démarche d'appropriation des *Guides de prévention du suicide* destinés aux CSSS et à leurs réseaux locaux de services a été amorcée cette année. Une formation destinée aux gestionnaires de CSSS et de leur RLS a été donnée dans chaque CSSS. Des plans d'action ont été réalisés dans chaque MRC. Le suivi est prévu en 2012-2013 et il consistera en un plan régional en appui aux plans locaux.

## > Prévention de la toxicomanie et intervention précoce

Lors de la Semaine de prévention de la toxicomanie, l'Agence a procédé à la diffusion du matériel produit par le MSSS dans les établissements du RSSS et les organismes communautaires, le réseau scolaire étant rejoint directement par le MELS. Ainsi, 34 partenaires du RSSS (organismes ou établissements) ont commandé à l'Agence du matériel pour une distribution de 1 350 affiches et 1 970 cahiers thématiques adressés aux jeunes.

Conformément aux priorités ministérielles, aux orientations régionales et aux projets cliniques des CSSS, l'implantation de la première ligne Dépendances en CSSS est amorcée. Des intervenants-pivots Dépendances ont été nommés dans les CSSS et la cible consistant à rejoindre 5 % de la population à risque a été adoptée par les établissements. De l'implantation de ce niveau de services découle nécessairement un changement de pratique, ce qui requiert des efforts en matière de formation.

Ainsi, la formation première ligne Dépendances d'une durée de 7 heures (repérage, détection et intervention brève en CSSS dans le champ des dépendances) a débuté avec une équipe régionale de formateurs. En 2011-2012, 116 intervenants (cinq CSSS sur sept) des services courants, périnatalité et santé mentale des CSSS ont été formés. La formation des autres intervenants (deux CSSS) est prévue pour l'automne 2012 et l'hiver 2013. En mars 2012, le nombre de clientèle rejointe est en augmentation dans presque tous les territoires.

Les formations statutaires sur les outils de détection se sont poursuivies. Ainsi, 39 nouveaux intervenants ont été formés sur DÉBA-Alcool/Drogues/Jeu alors que 23 intervenantes et intervenants jeunesse de plus ont été formés sur l'outil DEP-Ado.

Pour soutenir la motivation des clients au changement, 59 intervenants ont bénéficié de la formation sur les techniques de motivation au changement dispensée par le Dr Jacques Bédard.

Certaines difficultés relatives au changement de pratique introduit par la première ligne Dépendances en CSSS seront cependant à clarifier et à traiter en 2012-2013, ainsi que les suites à l'expérimentation de l'utilisation de l'outil DÉBA-Alcool/Drogues/Jeu en milieu communautaire.

## > Jeu pathologique

Les intervenantes et les intervenants des CSSS ont été sensibilisés au fait que les joueurs à risque font partie des cibles à rejoindre en première ligne Dépendances, car la consommation d'alcool est souvent associée au jeu pathologique. De plus, la DSPE a produit un outil régional pour le travail en première ligne sur le jeu pathologique (repérage-détection-intervention brève). Cette pochette contenant quinze fiches techniques pour les intervenantes et les intervenants *Vous connaissez le jeu : quelques gagnants, des millions de perdants* a été distribuée aux 116 intervenantes et intervenants de CSSS formés en première ligne Dépendances.

## > Ordonnance collective de contraception hormonale

Cette mesure, diffusée en janvier 2007, vise à faciliter l'accès à la contraception hormonale aux femmes afin de diminuer les grossesses non planifiées. Le MSSS a mandaté les directions de santé publique pour assurer la diffusion de cette mesure et la mobilisation, afin de favoriser l'adoption de ce modèle dans les différents milieux ciblés, entre autres, les CSSS, les GMF et le CHUS. Un bilan estrien des ordonnances collectives de contraception hormonale (OC-CH) a été réalisé. À ce jour, tous les CSSS et dix GMF sur treize ont signé une OC-CH.

Par ailleurs, la formation *Mise à jour sur l'ordonnance collective de contraception hormonale* s'est poursuivie et a rejoint 22 infirmières. Une formation sur la contraception s'adressant aux médecins selon une formule conférence-midi a été conçue et une tournée des cliniques médicales est amorcée, le tout avec une distribution d'outils cliniques.

La DSPE demeure disponible pour apporter un soutien aux milieux le demandant.

## > Santé sexuelle des jeunes

Un comité au sein de la DSPE a été formé à l'automne 2011. Ce comité est formé du Service prévention-promotion de la santé, du Service de la protection de la santé publique - maladie infectieuses et du Service de la surveillance de la santé publique et de l'évaluation. Ce comité assure le suivi et la coordination des activités régionales en matière d'infections transmises sexuellement ou par le sang (ITSS). De plus, à l'automne 2011, avec la création du Sous-comité régional ITSS et santé sexuelle, les travaux du comité interservices ont été centrés principalement sur la préparation de ce sous-comité régional.

La formation visant à habiliter les infirmières et les infirmiers dépister des ITSS s'est poursuivie. Au 31 mars 2012, près de 91 infirmières et infirmiers ont été formés, le tout dans une perspective de pratiques cliniques préventives. Un soutien a été apporté aux CSSS, sur demande, dans le cadre des pratiques cliniques en ITSS et en contraception (ordonnance collective, informations ponctuelles).

Conjointement avec la Direction régionale du MELS, une formation sur l'homosexualité a été offerte au RSSS et au réseau de l'éducation. De plus, une personne du Service prévention-promotion de la santé siège au Regroupement estrien pour la diversité sexuelle.

Finalement, les implications au niveau provincial se poursuivent en lien avec différents sujets (ordonnance collective de contraception hormonale, sexualité saine et responsable, etc.).

## 4.3.1.2 Habitudes de vie et maladies chroniques

En 2011-2012, les travaux se sont poursuivis pour le déploiement du *Programme intégré 0 • 5 • 30 COMBINAISON PRÉVENTION*. Voici le bilan 2011-2012 selon les champs d'activité retenus jusqu'en 2015, en fonction des aspects organisationnels et fonctionnels de l'implantation du programme, de même que les activités en lien avec les approches environnementales et individuelles.

### > Implantation et consolidation du *Programme intégré 0 • 5 • 30 COMBINAISON PRÉVENTION*

#### Sous-comité du *Programme intégré 0 • 5 • 30 COMBINAISON PRÉVENTION*

Le *Programme intégré 0 • 5 • 30 COMBINAISON PRÉVENTION* constitue le volet préventif du programme de maladies chroniques. À ce titre, le sous-comité réunissant les gestionnaires des sept MRC ont, au cours de l'année 2011-2012, retenus deux enjeux principaux soit l'implantation du projet *Bien manger, Bien bouger en Estriel* et l'optimisation du déploiement des activités du programme. Le sous-comité s'est réuni quatre fois avec la participation de plusieurs nouveaux membres.

Pour le projet *Bien manger, Bien bouger en Estriel*, les CSSS ont convenu de jouer un rôle de leadership dans leur RLS afin de s'assurer du déroulement harmonieux du projet. Pour le second enjeu, une tournée auprès des sept MRC a permis d'illustrer la gamme d'interventions reposant sur des approches individuelles et environnementales et de faire ressortir la nécessité de convenir des résultats communs en lien avec les objectifs nationaux et régionaux. Un cadre logique a été adopté pour développer une vision et un langage commun.

Les activités suivantes se poursuivent :

- Partenariat avec l'organisme Québec en Forme (QEF) et les regroupements de partenaires pour soutenir les projets des milieux locaux.
- Animation des rencontres du Comité régional estrien, en collaboration avec la CRÉ de l'Estrie. Ce comité est composé des différents partenaires et organismes interpellés par le *PAG pour la promotion des saines habitudes de vie et de la prévention des problèmes reliés au poids : Investir pour l'avenir 2006-2012*.
- Collaboration au Sous-comité de suivi du projet *Bien manger, Bien bouger en Estriel*

### > Projet *Bien manger, Bien bouger en Estriel*

Dans la vague des programmes qui déferlent sur le Québec depuis les dernières années, les intervenantes et les intervenants œuvrant auprès des jeunes estriennes et estriens ont parfois peine à s'y retrouver et manquent de ressources spécialisées pour les accompagner dans leurs démarches à favoriser l'adoption de saines habitudes de vie chez les jeunes.

Face à ces constats, les partenaires du Comité régional estrien pour la promotion des saines habitudes de vie ont lancé officiellement, le 3 novembre 2011, le projet *Bien manger, Bien bouger en Estriel* visant à informer, à outiller et à accompagner ces personnes qui gravitent autour des jeunes de 0 à 25 ans et de leurs familles. Ce projet est financé par le Fonds QEF; un montant de 376 000 $ pour deux ans a été alloué à notre région.

Trois volets sont identifiés pour orienter les actions du projet :

- **Alimentation :** Comment mieux cuisiner et bien s'outiller pour faciliter les interventions et les animations en saine alimentation auprès des jeunes.
- **Équipements récréatifs et sportifs :** Quoi faire pour revamper nos parcs et donner le goût aux jeunes estriennes et estriens de les fréquenter pour bouger.
- **Offre en activité physique et sportive :** Comment faire pour offrir aux jeunes des activités physiques adaptées à leur développement et leur permettre de bouger mieux.

L'Agence est responsable du volet *Bien manger* du projet. Le Conseil Sport Loisir de l'Estrie est l'organisme promoteur du projet et il est responsable du volet *Bien bouger*.

Actions réalisées en 2011-2012 :

- Collaboration à la rédaction d'une synthèse du projet à faire circuler dans chacun des cinq secteurs ciblés, soit milieux de garde, scolaire, santé, municipal, associatif et communautaire.

- Lancement officiel du projet le 3 novembre 2011.
- Rédaction du plan d'évaluation incluant un plan de communication et un plan opérationnel.
- Préparation des outils et des activités d'évaluation pour chacun des volets.
- Formation aux cuisinières et aux cuisiniers des écoles, des centres de la petite enfance et des organismes communautaires en alimentation sur une offre alimentaire de qualité pour les jeunes – Module 1.
- Participation à un comité consultatif pour le volet *Bien bouger* qui produira un guide d'orientations pour la pratique de l'activité physique et sportive des enfants.

Activités régionales et locales en matière de campagnes de communication sociétales et d'activités de communication :

- Lors de la campagne *Plaisirs d'hiver*, 104 activités familiales se sont déroulées dans les municipalités et arrondissements de la Ville de Sherbrooke. Au niveau scolaire, 29 écoles ont proposé à leurs élèves des activités hivernales dans le cadre de la campagne.
- En Estrie, ce sont 6 108 personnes qui se sont inscrites au *Défi santé 5-30 Équilibre*. Ces personnes acceptent de tenter de relever le défi de manger cinq fruits et légumes et de faire un minimum de 30 minutes d'activité physique par jour en plus de viser l'équilibre en prenant soin d'eux.
- Une collaboration entre Sherbrooke Ville en santé, l'Alliance-sherbrookoise, l'Agence et l'organisation des Jeux du Canada 2013 s'est créée afin de poser différentes actions pour inciter la population sherbrookoise à être en meilleure santé pour accueillir les athlètes des Jeux du Canada.
- Soutien à la réalisation de six activités communautaires dans le cadre de la Journée nationale du sport et de l'activité physique (JNSAP).
- Participation au site Internet du *Programme intégré de prévention des maladies chroniques 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION* : www.0-5-30.com, section Estrie.
- Participation à la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac et au *Défi J'Arrête, j'y gagne!* Cette année on note une diminution du nombre de personnes inscrites : 870 comparativement à 968 l'an dernier (soit 11 % de moins). La moyenne estrienne des inscriptions pour ces treize années d'édition du Défi est de 936.

Activités dans le cadre de la promotion, du développement et de l'application de politiques, de lois et de règlements favorisant l'adoption de saines habitudes de vie :

- Animation du groupe de travail sur les politiques alimentaires dans les établissements du RSSS.
- Élaboration de l'outil *Bien manger au travail*, conçu à la fois pour les traiteurs et pour les personnes qui font appel à leurs services. Il s'agit d'un outil d'aide à la décision pour planifier des collations et des repas nutritifs et qui respectent les orientations de la Politique alimentaire de l'Agence.

## > Activités de promotion et de prévention concernant les saines habitudes de vie dans les milieux de vie et les communautés (approche environnementale)

### Milieu scolaire

- Collaboration à la Table régionale sur les arrimages de divers partenaires offrant différents programmes, approches et mesures à implanter dans les milieux scolaires.
- Organisation d'activités de soutien pour favoriser l'amélioration de l'aménagement, de l'organisation et de l'animation des cours d'écoles primaires. Une cinquantaine d'écoles primaires se sont engagées dans l'implantation de la trousse de Kino-Québec *Ma cour : un monde de plaisir!* avec le soutien de nombreux partenaires régionaux et locaux.
  - mise en lumière des bons coups réalisés dans les écoles dans le cadre du projet *Ma cour : un monde de plaisir!*. Sur un site Internet, ont été regroupés les idées inspirantes, les façons de faire, les outils et les jeux qui ne sont pas inscrits dans la trousse et qui permettent de mettre en place ou de supporter l'intervention dans la cour d'école. À ce jour, une cinquantaine d'idées ont été documentées;
  - distribution conjointe de 200 exemplaires de l'outil vidéo *Ma cour d'école : des idées qui sonnent une cloche*. Produit en collaboration avec la Direction régionale du MELS, cet outil est destiné à mobiliser les équipes-écoles autour des projets *Cour d'école*;
- Analyse de programmes en lien avec l'approche *École en santé* et le renouveau pédagogique, à la demande des CSSS.
- Attribution de 27 bourses *École active* à des écoles primaires et secondaires, totalisant 13 000 $, pour des projets d'aménagement du milieu favorisant la pratique d'activités physiques, la sécurité et la saine alimentation.
- Soutien à l'implantation du Programme *Mon école à pied, à vélo* de Vélo-Québec sur les déplacements actifs et collaboration à sa mise en œuvre dans quatre écoles de la Commission scolaire de la Région-de-Sherbrooke et une école de la Commission scolaire des Hauts-Cantons.

### Milieux municipal, communautaire et associatif

- Collaboration avec l'organisme partenaire Sercovie et le comité régional Viactive afin de mieux répondre aux besoins émergents de la clientèle. Le taux de participation est en hausse une fois de plus. À ce jour, on compte 187 regroupements actifs. Vingt-sept nouveaux groupes ont été formés. Le nombre de participants passe à 3 119, soit une augmentation de 280 participants.
- Trois éditions du journal Viactive sont parues au cours de l'année. Six rencontres d'échanges et de formations ont été organisées dans les MRC par les 103 responsables animateurs. Sept grandes fêtes bénévoles ont été réalisées en MRC ayant eu une participation de 222 personnes (32 groupes représentés).
- Participation à titre de partenaire du Centre de la mobilité durable de Sherbrooke aux étapes de diagnostic et d'élaboration des scénarios d'éducation. Production du Portrait de la mobilité durable et de l'environnement bâti pour la Ville de Sherbrooke.
- Production d'une plate-forme Web pour la promotion des ressources en loisirs et en saines habitudes de vie (www.BougeEnEstrie.ca), avec la collaboration de partenaires locaux de trois territoires de l'Estrie.
- Collaboration au comité de pilotage de Sherbrooke Ville Amie des Aînés ainsi qu'à son sous-comité Loisirs Actifs. Une de ces actions a été de répertorier les éléments à inclure au site Web *Bouge En Estrie* du répertoire en loisirs et en saines habitudes de vie, puis la production du répertoire papier.

### Établissements du RSSS

- L'organisation de la formation *Cuisiner Santé* destinée au personnel cuisinier des services alimentaires des établissements du RSSS de la région.
  - la formation a rejoint les cuisinières et les cuisiniers, les aides-cuisinières et les aides-cuisiniers et les assistantes-chefs techniciennes et les assistants-chefs techniciens en diététique de l'ensemble des établissements de l'Estrie (80 personnes);
- Diffusion de l'outil *Bien manger au travail* auprès de l'ensemble des établissements du RSSS de la région.
- Participation aux travaux provinciaux portant sur la mise en œuvre des politiques alimentaires.

## > Déploiement d'actions en regard des facteurs individuels

### Pratiques cliniques préventives en lien avec les habitudes de vie

#### *Counseling de longue durée*

Selon les données recensées pour l'année 2011-2012, 410 fumeurs ont reçu des services de cessation dans les sept centres d'abandon du tabagisme (CAT) de l'Estrie (375 fumeurs en individuel et 35 fumeurs en groupe), totalisant 814 interventions de counseling de longue durée en cessation tabagique. On note une augmentation progressive du nombre de fumeurs qui utilisent les services des CAT depuis 2005. Cependant, le nombre d'interventions de counseling de longue durée en alimentation et en activité physique a diminué depuis l'année 2009-2010. En effet, 782 interventions ont été inscrites en alimentation (comparé à 960) et 453 interventions en activité physique (comparé à 723).

#### *Soutien à l'intégration du counseling*

- Soutien aux CSSS dans les activités en lien avec le counseling sur les saines habitudes de vie.
- Mise à jour de l'ordonnance collective régionale *Thérapies de remplacement de la nicotine* (septembre 2011).
- Mise à jour sur l'Intervention tabagique selon le guide du MSSS 2010 pour les nouveaux conseillers des CAT offerte les 29 et 30 mars 2012, incluant une journée sur l'approche au changement de comportement.

## > Santé buccodentaire

L'objectif est de réduire l'incidence ou retarder l'apparition de certaines maladies chroniques ou facteurs de risque : problèmes buccodentaires, maladies cardiovasculaires, diabète, maladies pulmonaires obstructives chroniques, obésité, cancer du sein.

Au niveau national, la DSPE :

- a participé activement aux travaux nationaux concernant l'élaboration et la réalisation d'une formation sur les critères de sélection pour l'application d'agents de scellement dentaire en milieu scolaire;
- a collaboré et réalisé les travaux nécessaires à la planification de l'Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire. À la demande du MSSS, cette étude sera réalisée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), les DSP et les CSSS au cours de l'année scolaire 2012-2013;
- a contribué aux travaux sur les rôles et responsabilités des hygiénistes dentaires en santé publique.

Au niveau régional, la DSPE :

- a soutenu les CSSS, conformément au PAR, dans le déploiement progressif de l'application des agents de scellement dentaire auprès de certains élèves de niveau secondaire.
- a assuré le soutien à la réalisation du *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012* dans toutes les écoles primaires de la région de l'Estrie. Voici quelques résultats en lien avec ce plan d'action (année scolaire 2010-2011) :

| | |
|---|---|
| NOMBRE D'ÉCOLES OÙ LE PROGRAMME A ÉTÉ APPLIQUÉ (110 ÉCOLES PRIMAIRES, 5 ÉCOLES SECONDAIRES) | 115 |
| NOMBRE D'ENFANTS AYANT BÉNÉFICIÉ D'UN DÉPISTAGE DENTAIRE | 6 266 |
| NOMBRE D'ENFANTS RÉFÉRÉS AUX DENTISTES POUR TRAITEMENTS | 546 |
| NOMBRE D'ENFANTS À RISQUE ÉLEVÉ DE CARIE, SUIVIS PAR LES INTERVENANTS DU PROGRAMME | 1 368 |
| NOMBRE D'APPLICATIONS TOPIQUES DE FLUORURE | 2 835 |
| NOMBRE D'ACTIVITÉS ÉDUCATIVES INDIVIDUELLES | 2 839 |
| NOMBRE D'ENFANTS QUI ONT BÉNÉFICIÉ D'AGENTS DE SCELLEMENT | 1 655 |
| NOMBRE DE DENTS SCELLÉES | 6 652 |
| NOMBRE DE FACES DENTAIRES SCELLÉES | 10 436 |

*Les résultats de l'année scolaire 2011-2012 seront disponibles en août 2012.*

## > Programme québécois de dépistage du cancer du sein

En moyenne chaque année, plus de 15 000 femmes âgées de 50 à 69 ans et admissibles au programme passent une mammographie de dépistage en Estrie (2010-2011, INSPQ). Un taux record de participation de 66,7 %, s'approchant graduellement de la cible de 70 %. Grâce au *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS), en deux ans, un cancer du sein a été détecté chez 141 femmes (2006-2007, INSPQ).

Afin de favoriser une décision éclairée des femmes en regard du programme de dépistage, deux nouveaux dépliants et un nouveau formulaire de consentement ont été mis en place en juillet 2011. Cette nouvelle version vise à améliorer l'information sur les avantages mais aussi les limites et les inconvénients du dépistage du cancer du sein.

En regard de l'accessibilité, la continuité et la qualité des services à assurer, citons :

- Le recrutement de médecins volontaires assurant un suivi de la mammographie de dépistage de femmes qui n'ont pas de médecin traitant. Outre le contact avec certains médecins du territoire, le DRMG a été rencontré à cet effet. Des solutions alternatives sont actuellement étudiées.
- Le soutien psychosocial auprès des femmes en attente de diagnostic. La modélisation du service se poursuit. La trajectoire clinique ainsi que la spécification des rôles et des responsabilités des partenaires régionaux et locaux restent à compléter et à adopter.
- Le soutien en cas de perte ou de risque de perte d'agrément, de certification ou de désignation. L'Agence a dû s'impliquer dans la recertification d'un mammographe au CHUS.

Au niveau des mécanismes régionaux de concertation et de coordination, mentionnons :

- La consolidation du Sous-comité du Comité directeur du programme Santé publique. Notons l'ajout d'une personne de la DSAMU et d'une personne représentant les centres de dépistage désigné privés. Les priorités : le suivi psychosocial des femmes, la promotion du programme et la problématique de pénurie de médecins volontaires.

- Les activités du Comité régional d'assurance de la qualité. La rencontre d'avril 2012 a permis l'analyse des diverses normes du programme ainsi qu'une discussion des éléments perfectibles. L'implication du comité dans l'assurance de la qualité fut réitérée. Le comité accueille maintenant une représentante du Centre satellite de dépistage désigné (CSDD).

En terminant, soulignons les travaux importants du projet de démonstration d'un CSDD au CSSS du Granit. Les services sont à se modéliser. Le partenariat entre le CHUS et le CSSS du Granit s'est élaboré et précisé menant à une entente formelle au début de 2012. Les services ont été mis en place permettant l'amorce du processus de certification et d'agrément. La DSPE est en train de compléter le modèle logique d'évaluation et les mécanismes de collaboration tant avec le MSSS et l'INSPQ qu'avec ses partenaires locaux.

### 4.3.1.3 Traumatismes non intentionnels

#### > Interventions en prévention des chutes

Les statistiques concernant les chutes et leurs conséquences chez les aînés sont préoccupantes. Environ 30 % des personnes de 65 ans et plus font une chute annuellement. Pour plusieurs, la chute constitue l'événement déclencheur d'une perte d'autonomie et de mobilité. En Estrie, deux programmes de prévention des chutes sont déployés sur tous les territoires. Le Programme P.I.E.D. est offert dans la communauté aux aînés préoccupés par leur équilibre. Deux cent quatre-vingt-seize personnes ont suivi ce programme d'exercices de douze semaines. Les CSSS déploient l'intervention multifactorielle personnalisée (IMP) pour la clientèle SAD ayant chuté ou à haut risque de chute. Quatre cent neuf personnes ont intégré le Programme IMP.

Dans le cadre des nouveaux argents PALV, des organismes communautaires ont proposé à leur CSSS de bonifier l'offre de service en prévention des chutes. Sur le territoire du CSSS-IUGS, 39 personnes additionnelles ont profité du Programme P.I.E.D. alors que sur le territoire du CSSS de la MRC-de-Coaticook, sept personnes de plus sont rejointes. Le CSSS-IUGS innove en proposant à la population un programme intermédiaire d'exercices. Le CSSS de Memphrémagog a augmenté son nombre d'usagères et d'usagers pouvant recevoir l'IMP.

#### > Traumatismes à domicile chez les nouveau-nés et les jeunes enfants

- Une formation en prévention des traumatismes a été donnée pour des intervenants du *Programme intégré 0-5 ans* visitant les familles. Les intervenantes et les intervenants de ce programme remettent du matériel de sécurité et font des activités de sensibilisation lors de leur visite à domicile.
- L'élaboration et la diffusion de capsules portant sur la sécurité à domicile des tout-petits.
  - les capsules sont destinées aux centres de la petite enfance et aux organismes communautaires et conçues de façon à pouvoir être intégrées à leur site Internet ou dans leur journal interne, selon les besoins. Elles ont également été transmises aux équipes 0-5 ans des CSSS et de la VMC;
  - les deux premières portent sur les sièges d'auto et sur la baignade sécuritaire.

### 4.3.1.4 Maladies infectieuses

#### > Création du Sous-comité intersectoriels sur les ITSS et la santé sexuelle et campagne régionale de prévention en milieu collégial et universitaire

Les ITSS ont connu une hausse importante au cours des dernières années en Estrie comme ailleurs au Québec.

Le Sous-comité régional sur les ITSS et la santé sexuelle a été créé à l'automne 2011 avec le mandat de développer, d'ici deux ans, un PAR pour lutter contre les ITSS en Estrie. Plusieurs partenaires font partie de ce sous-comité : les CSSS, des établissements à vocation régionale tels que le CJE et le CJPC / MSG, des organismes communautaires et des partenaires intersectoriels dont une représentante du milieu scolaire.

Parallèlement aux travaux du sous-comité, la région a pris l'initiative de réaliser une campagne régionale de prévention des ITSS chez les jeunes à la rentrée scolaire. La campagne s'appuie sur le fait que les jeunes sont une clientèle vulnérable aux ITSS et qu'ils ne vont pas facilement consulter spontanément les services de santé en lien avec les ITSS.

La campagne misait sur une association de plusieurs activités : activités de communication spécialement destinées aux jeunes dans des

lieux qu'ils fréquentent (cégeps, universités, écoles, bars, etc.), de distribution de matériel de prévention (condoms), de documentation des services préventifs disponibles en Estrie et développement d'une page Web sur le site Internet de l'Agence.

### > Prévention passage à l'injection

L'injection de drogue est une réalité peu connue mais présente dans notre région. Les données disponibles indiquent que chez les utilisateurs de drogues de l'Estrie, environ 10 à 15 % sont porteurs du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et 55 à 60 % sont porteurs du virus de l'hépatite C. Le début de l'injection se fait très tôt dans la vie : 43 % des utilisateurs actuels ont commencé à s'injecter avant 20 ans.

Prévenir le passage à l'injection est une façon de prévenir les conséquences néfastes associées à l'injection chez une clientèle déjà vulnérable. Cette activité s'inscrit dans le cadre des actions recommandées en matière de lutte aux ITSS du PNSP et du PAR-SP.

En 2011, à la suite d'une consultation des plusieurs partenaires du milieu communautaire et du RSSS, la DSPE a formé plusieurs intervenants de ces milieux afin de les sensibiliser et de les outiller davantage face à la prévention du passage à l'injection.

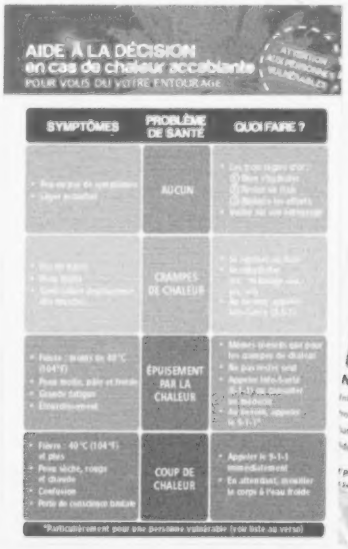
### > Plan d'action pour promouvoir la vaccination 0-2 ans

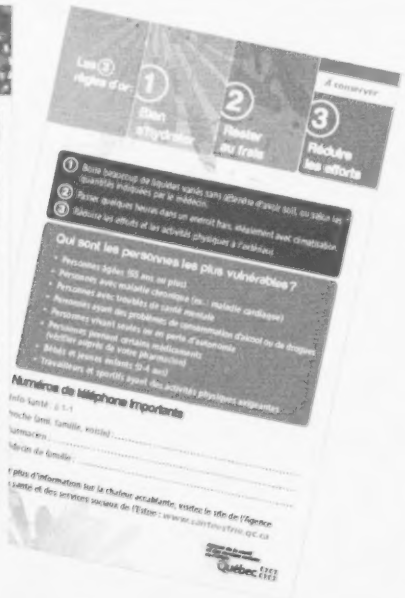
Le Comité directeur du programme Santé publique a adopté à la fin mars 2011 le plan d'action pour promouvoir la vaccination 0-2 ans en Estrie. Un sous-comité de mise en œuvre a été mis en place et une approche de gestion par projet a été privilégiée afin d'accompagner les gestionnaires. Tous les CSSS ainsi que la DSPE ont débuté les activités de mise en œuvre des onze stratégies. En complément, des indicateurs régionaux ont été définis et du financement supplémentaire a été accordé aux CSSS pour favoriser l'atteinte des cibles qui n'ont malheureusement pas toutes été atteintes. Des efforts devront continuer d'être fournis afin d'augmenter la demande des parents à faire vacciner leur enfant, l'offre de service par les vaccinateurs et conséquemment l'accessibilité aux services de vaccination.

## 4.3.1.5 Santé environnementale

### > Aide à la décision en cas de chaleur accablante

À la suite des échanges avec le Comité provincial Évènements climatiques extrêmes de la Table nationale de concertation en santé environnementale, l'équipe de santé environnementale, en collaboration avec la sécurité civile – mission santé, ont révisé et bonifié la fiche d'aide à la décision en cas de chaleur accablante destinée aux intervenantes et aux intervenants et au grand public. Cette fiche vise à orienter la population estrienne quant aux actions à poser en fonction de la nature des symptômes présentés qui correspondent à des troubles de santé de sévérité variable liés à la chaleur. En plus des mesures à prendre selon la symptomatologie, on y rappelle maintenant les trois règles d'or applicables en tout temps lors de canicule. En plus d'être disponible sur le site Web de l'Agence, cette fiche est diffusée largement à travers notre RSSS à l'aide de l'algorithme de diffusion de l'information aux partenaires de la sécurité civile – mission santé.



> Projet *Stratégies et outils de communication du risque en lien avec la chaleur et les personnes présentant un trouble psychotique*

En collaboration avec les directions de santé publique de Montréal et de la Capitale-Nationale, la DSPE a initié un projet de recherche visant à développer et à valider des stratégies et des outils appropriés pour communiquer les risques à la santé engendrés par la chaleur aux personnes présentant un trouble psychotique (ex. : schizophrénie). Ce projet a été subventionné par le Fonds vert du *Plan d'action 2006-2012 sur les changements climatiques*. Pour identifier adéquatement les meilleures stratégies de communication, la méthode des groupes de discussion a été retenue. Au début de l'année 2012, neuf séances de huit participants chacune ont eu lieu. Ces séances impliquaient des intervenantes et des intervenants du RSSS, des personnes atteintes d'un trouble psychotique, ou encore des personnes de leur entourage (famille, ami). De ces rencontres a émergé l'idée de développer un feuillet provincial d'information destiné aux personnes souffrant d'un trouble mental. Lorsque disponible, ce feuillet sera transmis par une intervenante ou un intervenant ayant établi un lien de confiance avec son client (ex. : travailleuse et travailleur social, médecin, pharmacienne et pharmacien).

#### 4.3.1.6 Santé au travail

Conformément à la Loi sur la santé et la sécurité du travail, dans le respect des priorités identifiées au cahier des charges de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et des objectifs du *Programme national de santé publique*, des activités de prévention des maladies professionnelles ont été planifiées et réalisées auprès de 361 entreprises de l'Estrie.

Le personnel professionnel en santé au travail de la DSPE a participé activement à des travaux provinciaux, notamment dans les dossiers suivants : processus d'amélioration continue de la qualité des pratiques, développement d'une nouvelle application dans le système informatique en santé au travail et refonte du portail en santé au travail.

Dans la région, une démarche ayant pour objectif d'harmoniser et de soutenir la qualité des programmes de santé spécifiques à l'établissement s'est poursuivie en 2011, avec la collaboration de l'équipe de santé au travail du CSSS du Haut Saint-François. Parallèlement à cette démarche d'harmonisation, notons la mise en œuvre d'un processus d'amélioration continue par le biais de l'élaboration de fiches de risque visant à encadrer les pratiques.

### 4.3.2. Orientation | Utiliser des méthodes et des stratégies efficaces pour agir dans les différents domaines de la santé publique

#### 4.3.2.1 Action intersectorielles

L'action intersectorielles est l'une des stratégies transversales reconnues dans la mise à jour du PNSP 2008-2012.

En Estrie, l'action intersectorielles est une stratégie où le secteur de la santé est en leadership ou est un partenaire participant.

L'Alliance pour la solidarité et l'inclusion sociale de l'Estrie a été mise sur pied cette année. L'Agence ainsi que les sept CSSS font partie de l'entente. Des concertations locales ont été identifiées et des plans d'action locaux devaient être présentés d'ici décembre 2013. Un montant de 800 000 $ annuel d'ici 2015 est disponible pour soutenir les plans d'actions locaux ainsi que des actions régionales. Par ailleurs, une rencontre spécifique à la Commission administrative régionale (CAR Solidarité) a été réalisée cet automne. Les enjeux de chacun des ministères impliqués dans le PAG en matière de solidarité et d'inclusion sociale ont été présentés aux membres du comité.

#### 4.3.2.2 Pratiques cliniques préventives

Les pratiques cliniques préventives (PCP) réfèrent à un ensemble d'interventions réalisées par un professionnel de la santé auprès d'un patient, allant du counseling à la pharmacoprophylaxie, en passant par le dépistage et l'immunisation. Elles visent à promouvoir la santé et à prévenir les maladies, les blessures ainsi que les problèmes psychosociaux.

Bien que ces actions soient présentes dans plusieurs programmes de santé publique, l'enjeu ici est de systématiser des processus favorables à une implantation durable non seulement pour des pratiques individuelles, mais aussi pour des milieux cliniques de première ligne où la pratique de la prévention devient un enjeu collectif.

Pour définir une offre de service axée principalement sur une approche par milieux, il est apparu nécessaire dans un premier temps, de connaître le point de vue des acteurs afin de bien cerner leurs réalités. Une subvention du programme de santé publique a été obtenue (46 670 $ pour l'année 2010-2012) pour dresser un portrait de la prestation des PCP de tous les omnipraticiennes et omnipraticiens de l'Estrie ainsi que des infirmières et des infirmiers en GMF. Au cours de cette année, nous avons procédé, principalement, à la planification et au déroulement de la cueillette de données. Nous avons obtenu un taux de réponse de 42 % pour le personnel médical et de 84 % pour le personnel infirmier. Trente-six autres intervenantes et intervenants et gestionnaires des sept MRC (infirmières et infirmiers des services courants, nutritionnistes, inhalothérapeutes, hygiénistes dentaires, kinésiologues, gestionnaires et médecins en GMF) ont été rencontrés lors de la tenue de cinq groupes de discussions et de six entrevues individuelles. L'étude est à l'étape de l'analyse et l'interprétation des données.

Cette étude a aussi permis une mobilisation et une appropriation de cette stratégie par les professionnelles et les professionnels rencontrés et aussi auprès des partenaires par des présentations exposées dans différents milieux décisionnels ou scientifiques (DRMG, Comité directeur du programme Santé publique, CIRF, Département clinique CHUS).

Finalement, dans le cadre des travaux du Sous-comité des maladies chroniques, il est apparu que le point de jonction dans le continuum de services en milieu clinique prend tout son sens autour de la prévention et de la gestion des facteurs de risque ou de protection des maladies chroniques. À ce titre, le déploiement de la stratégie des pratiques cliniques préventives, axée principalement avec une approche par milieux notamment en GMF, a été proposé aux partenaires.

### 4.3.2.3 Soutien au développement des communautés

En plus de contribuer activement aux travaux du tableau de bord et de l'avancement des pratiques de l'Observatoire estrien du développement des communautés (OEDC), l'Agence a soutenu en collaboration avec le CSSS-IUGS, l'appropriation de meilleures pratiques en développement des communautés pour les gestionnaires des CSSS de la région. Quatre CSSS ont fait l'objet de soutien : le CSSS-IUGS, le CSSS de Memphrémagog, le CSSS des Sources et le CSSS du Haut-Saint-François. L'an 2012-2013 verra deux autres CSSS joindre la démarche : Coaticook et Val-Saint-François. Un forum de partage de ces expériences est prévu pour le printemps 2013.

La DSPI a poursuivi sa collaboration avec l'OEDC sur plusieurs objets :

- Le projet d'évaluation de la première phase du *tableau de bord estrien du développement des communautés* ;
- La vulgarisation et le transfert de connaissances de l'opération des faits saillants ;
- La planification des phases de travail II (indicateurs non traditionnels) et III (indicateurs d'intérêt régional et local en santé publique) ainsi que les travaux méthodologiques nécessaires ;
- Le développement d'une typologie mixte intégrant le volet *quantitatif* et qualitatif ;
- La recension des retombées du tableau de bord à ce jour.

## 4.3.3 Orientation

**Assurer la protection de la santé publique par une vigie sanitaire et par l'application des lignes directrices lors de signalements, d'éclosions, ou de déclarations de maladies ou d'intoxications à déclaration obligatoire**

### 4.3.3.1 Maladies infectieuses

> Rougeole 2011 et opération de vaccination scolaire en Estrie

En 2011, une épidémie de rougeole a sévi au Québec avec 776 cas déclarés, principalement entre avril et octobre, dans 10 des 18 régions du Québec. Il s'agissait de la plus importante épidémie de rougeole dans l'ensemble des Amériques depuis 2002.

L'Estrie a pour sa part enregistré 26 cas de rougeole durant la même période. En collaboration avec ses partenaires des CSSS et du CHUS, la DSPI a dû procéder à de nombreuses interventions de protection auprès de contacts dans la communauté et dans les milieux de soins, afin d'éviter la transmission de la rougeole à des personnes à plus haut

risque de complications (nourrissons, femmes enceintes et personnes immunosupprimées).

Comme la majorité des personnes qui ont eu la rougeole au Québec n'était pas vaccinée adéquatement et que la transmission survenait principalement chez des enfants et des adolescents, le réseau de santé publique s'est mobilisé pour tenir une campagne de rattrapage dans les écoles primaires et secondaires, auprès de tous les élèves ou adultes qui n'étaient pas en mesure de fournir une preuve écrite de protection contre la rougeole.

Pour cette opération rougeole scolaire 2011-2012, un registre de vaccination provincial jumelé aux données de fréquentation scolaire a été créé, afin de suivre en temps réel la progression des activités de rattrapage dans chacune des écoles. L'objectif de couverture vaccinale à atteindre était de 95 %. La DSPE, avec son expérience dans la gestion des données de vaccination, a pu soutenir ses vaccinateurs et la population dans la recherche de preuves de protection contre la rougeole tout au long de cette opération. Elle a également effectué la saisie de l'ensemble des données de vaccination recueillies au cours de cette opération par les infirmières et les infirmiers en milieu scolaire des CSSS.

La couverture vaccinale a atteint 93 % dans les écoles de l'Estrie, soit 92 % au primaire et 93 % dans les écoles secondaires, alors qu'elle est de 83 % dans l'ensemble du Québec.

## 4.3.3.2 Santé environnementale

### > Campagne de prévention des intoxications chimiques dans les arénas de l'Estrie

La DSPE se préoccupe, depuis plusieurs années déjà, de la qualité de l'air dans les arénas de son territoire qui sont dotés d'une surfaceuse à combustion.

De récents événements ayant mené à des intoxications chez des joueurs de hockey ont incité la DSPE à intensifier ses efforts de sensibilisation des gestionnaires d'arénas avec la mise en place d'une nouvelle campagne de prévention pour l'année 2012. Ainsi, une lettre a été envoyée à l'ensemble des gestionnaires d'arénas en janvier 2012, afin de les informer que la DSPE souhaitait s'assurer que des mesures préventives adéquates soient appliquées dans les arénas de l'Estrie. Pour ce faire, des visites ont été planifiées dans chaque aréna dans le but de colliger les informations sur les pratiques et installations et remettre ensuite un rapport de visite personnalisé demandant la mise en place de mesures préventives pour le maintien d'une bonne qualité d'air.

Ces visites seront effectuées conjointement par les équipes de santé environnementale et de santé au travail.

### > Collaboration avec la Ville de Sherbrooke pour le suivi de la qualité de l'eau de ses plages

À l'été 2011, la Ville de Sherbrooke a pris la décision d'accentuer le suivi de la qualité de l'eau des deux plages sous sa juridiction à des fins d'acquisition de connaissances et de protection de la santé des utilisatrices et des utilisateurs. C'est ainsi que la DSPE a été invitée à collaborer avec les responsables municipaux, afin de s'assurer que les aspects de santé publique reliés aux eaux de baignade soient bien intégrés à leur programme de suivi et campagne de communication. Cette collaboration devrait se poursuivre dans la prochaine année.

### > Analyse de risques, environnement extérieur

À la suite de plaintes d'odeurs provenant d'un ancien dépôt de matériaux secs, la DSPE et le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP) ont élaboré une démarche concertée afin d'analyser les risques potentiels à la santé en lien avec ce site.

C'est dans ce cadre qu'une enquête médico-environnementale a été réalisée auprès de la population ciblée. Divers échantillons ont été prélevés dans l'air près des résidences avoisinant le site. L'analyse de ces nombreux échantillons n'a révélé aucune substance toxique à des niveaux pouvant présenter un risque pour la santé de la population, et ce, malgré que l'on ait cherché à reproduire les pires conditions d'exposition.

Le MDDEP continuera à s'assurer de la bonne gestion du site. De manière à détecter plus rapidement toute situation pouvant être la cause de nuisances et à apporter dans les meilleurs délais les correctifs requis, la municipalité concernée a mis sur pied un système de traitement des plaintes, alimenté par un formulaire que les citoyennes et les citoyens résidant près du site sont invités à remplir et à transmettre en présence d'une odeur anormale.

#### 4.3.3.3 Santé au travail

> Maladies à déclaration obligatoire (MADO) et signalements

Pour 2011, l'équipe de santé au travail s'est occupée du traitement de 22 situations de maladies à déclaration obligatoire. Il y a trois sources principales de signalement des MADO, soit : le Comité spécial des présidents qui déclare les maladies pulmonaires professionnelles diagnostiquées (19 nouveaux dossiers), les médecins traitants ainsi que les laboratoires pour certaines intoxications reliées au milieu de travail (trois intoxications aiguës).

L'équipe de santé au travail a également signalé à la CSST 32 situations de surexposition à des contaminants ou à des agresseurs. La silice cristalline, quartz ainsi que les poussières non classifiées autrement représentent les deux contaminants les plus répertoriés cette année.

## 4.4 ENJEU 4 LA PERFORMANCE PAR L'AMÉLIORATION DE LA PRODUCTIVITÉ, LES MÉTHODES DE SUIVI DE GESTION ET L'OPTIMISATION DES RESSOURCES

Au cours de l'année, dans le but de dégager des économies et d'améliorer la performance, des efforts majeurs ont été déployés par le réseau des établissements pour la mise en œuvre des projets de regroupement de services administratifs, de services de soutien et d'optimisation clinique. Les projets suivants sont en cours de réalisation :

- regroupement régional des services paie et avantages sociaux;
- partage des meilleures pratiques : présence au travail;
- logistique hospitalière : regroupement magasin de fournitures médicales;
- harmonisation des fournitures de soins de plaies;
- service de graphisme regroupé;
- entretien et contrat d'équipements spécialisés regroupés.

### 4.4.1. Orientation

**Répondre aux défis par le développement d'organisation performante et novatrice**

#### 4.4.1.1 Ressources humaines

En 2011-2012, les efforts se sont concentrés sur le soutien du programme de soutien clinique – volet préceptorat. Ce programme s'adresse prioritairement aux infirmières et aux infirmiers ainsi qu'aux infirmières et infirmiers auxiliaires, de moins de deux ans d'expérience. Il a pour but la rétention de la jeune main-d'œuvre infirmière et infirmière auxiliaire en proposant, au minimum, 30 minutes de préceptorat par semaine, d'une durée minimale de trois mois par personne apprenante. Le transfert des compétences s'effectue par du personnel expert auprès de personnel débutant.

Le préceptorat est une composante essentielle d'un mécanisme de soutien de la relève. Il permet le transfert des connaissances, facilite le développement des habiletés et du jugement clinique, favorise l'acquisition des savoirs et l'épanouissement professionnel, tout en augmentant la satisfaction au travail et en ayant un impact important sur l'attraction et la rétention.

#### 4.4.1.2 Productivité

En 2006, des écarts dans l'offre de service des CSSS pour des budgets de développement similaires ont incité ceux-ci à conclure avec l'Agence d'amorcer des travaux sur la productivité dans les CSSS de la région.

Depuis 2006-2007, les ratios de productivité ont été fournis à chaque année. Ils permettent d'apprécier l'évolution globale du réseau de production de services sur une base continue et servent de levier pour les CSSS. Les CSSS peuvent mesurer leur résultat et se comparer à la

région. L'Agence s'assure de la pertinence des calculs et de la qualité des renseignements retenus pour présenter ces calculs.

Les résultats obtenus permettent de donner un signal important quant à certaines opérations ou changements de pratique à mettre en œuvre de façon prioritaire et sur lesquels un suivi sera exigé de l'Agence une fois par année. Les résultats de chaque année sont produits en juin, car les données utilisées sont celles des heures travaillées et des interventions CLSC pour les centres d'activités SAD et d'autres centres d'activités présents dans tous les CSSS.

Les travaux sur les ratios de productivité sont donc prévus pour encadrer l'exercice des responsabilités et obligations des organisations et des gestionnaires reliées aux changements dans l'évolution des services offerts à la population. Ils doivent porter sur des objets sur lesquels les gestionnaires de l'Agence et des établissements ont une réelle capacité d'action et faciliter leur responsabilité d'imputabilité et de reddition de comptes des fonds publics dévolus au domaine sociosanitaire.

Pour l'année 2011-2012, les CSSS doivent atteindre la moyenne régionale et pour ceux qui dépassent la moyenne régionale, maintenir leur résultat. Au SAD, les CSSS doivent augmenter le pourcentage d'heures consacrées à la clientèle.

## 4.4.2 Orientation | Assurer une gestion rigoureuse en optimisant l'utilisation des ressources disponibles

### 4.4.2.1 Ressources matérielles

Tout au long de l'année 2011-2012, l'Agence s'est assurée de donner suite aux projets de construction en CHSLD pour le CSSS du Haut-Saint-François et le CSSS du Granit.

Nous avons aussi soutenu tout au long de l'année, l'évaluation du projet d'agrandissement du CHUS – Hôpital Fleurimont.

Dans le cadre des allocations ministérielles, des budgets de rénovations fonctionnelles mineures autres que CHSLD, le CJE s'est vu accorder une somme de 800 000 $ pour agrandir et réaménager le pavillon Lévesque situé sur le site de Val-du-Lac.

### 4.4.2.2 Ressources informationnelles et technologiques

#### > Projet régional d'informatisation de l'Estrie (PRIE)

Au cours de 2011-2012, la plateforme technologique qui soutient le dossier clinique informatisé Continuum Ariane Estrie a été rehaussée, afin de permettre de compartimenter les dossiers patient par établissement (le mode condo) et ainsi répondre aux exigences législatives.

Par ailleurs, les travaux préparatoires pour implanter les modules laboratoire et pharmacie ont été amorcés. Vers la fin de l'exercice, le module laboratoire a été implanté avec succès au CSSS des Sources.

#### > Dossier de santé du Québec

Peu après le lancement du déploiement du DSQ en Estrie fait par le ministre Yves Bolduc le 19 septembre 2011, les travaux liés au volet médicament ont débuté. Les travaux de planification, de formation et d'habilitation du personnel concerné étaient bien engagés et cinq pharmacies étaient déployées quand l'Association de pharmaciens propriétaires a pris la décision de boycotter cette démarche, ce qui a eu pour effet d'empêcher la poursuite du déploiement du volet *médicament*. Pour ce qui est des volets *laboratoire* et *imagerie médicale*, les travaux ne sont pas officiellement lancés. Toutefois, notre région a pris de l'avance en réalisant, dans le cadre du PRIE, certains travaux qui contribueront également aux objectifs du DSQ.

### > Technocentre régional

La structure organisationnelle de l'Agence a été révisée en 2011-2012 et cela a touché notamment les ressources informationnelles. Un poste d'adjoint directeur a été créé et le poste de chef du Service des ressources informationnelles a été converti en poste de coordonnateur des ressources informationnelles.

Du côté des opérations, l'équipe du Centre d'assistance régional, motivée par le souci de mieux servir sa clientèle, a apporté plusieurs améliorations à son fonctionnement en introduisant les meilleures pratiques ITIL et ce, en collaboration avec l'équipe du CHUS. Les pratiques ITIL, qui ont largement inspiré la norme ISO 20 000, servent à rehausser le niveau de qualité de plusieurs processus de service informatique tels que la gestion des incidents ou la gestion des problèmes. Cette démarche a nécessité une importante contribution en ressources financières et humaines de la part du Technocentre régional.

L'année 2011-2012 a aussi permis au Technocentre régional de développer son expertise en gestion de projet. Les projets y sont gérés avec de plus en plus de rigueur et en s'appuyant sur les meilleures pratiques et outils de l'industrie (PMBOK, Macroscope, Agile, Microsoft Project). Cet nouveau mode de fonctionnement est d'ailleurs très apprécié par la clientèle.

### > Regroupement des centres de traitement

Le regroupement des infrastructures technologiques régionales dans les centres de traitement situés au CHUS a été complété en avril 2011. D'autres activités de regroupement d'infrastructures se dérouleront au cours des cinq prochaines années, conformément aux attentes ministérielles.

### > Gestion des postes de travail

Une nouvelle plateforme technologique a été mise en place par le Technocentre régional pour soutenir l'implantation de la technologie *client léger / Citrix* dans les établissements de la région. Cette technologie a fait l'objet de travaux d'expérimentation notamment avec le CJE et le CSSS du Haut-Saint-François.

### > Téléphonie cellulaire

La Corporation des services regroupés de l'Estrie (CSRE) a négocié un contrat provincial fort avantageux avec Bell. Tous les établissements de la région profitent maintenant des nouveaux tarifs et modalités, ce qui leur a permis de générer des économies, d'augmenter leur parc de téléphones cellulaires ou les deux.

## 4.4.3. Orientation | Relever les défis de santé financière par la diminution des dépenses administratives

### 4.4.3.1 Services administratifs

Depuis 2010-2011, l'Agence et les établissements de l'Estrie doivent s'efforcer d'optimiser les services à la communauté. Ces efforts doivent se traduire par une diminution des dépenses administratives, selon les dispositions du projet de loi n°100, visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette.

Ainsi, pour les établissements publics de notre région, cette tâche, pour 2011-2012 se résume à deux volets : un premier de 1 854 400 $ relié au projet de loi n°100, et un deuxième de 1 914 500 $ en lien avec d'autres mesures nécessaires, afin de contenir à 5 % la croissance des dépenses du secteur de la santé et des services sociaux. Cette dernière mesure inclut un montant de 302 000 $ de cible d'optimisation en SAD qui devra éventuellement se traduire par un rehaussement équivalent de l'offre de service.

L'effort de compression est également exigé des établissements privés conventionnés. Pour l'exercice 2011-2012, cette réduction budgétaire s'élève à 7,5 % des dépenses de nature administrative sur la base des

dépenses aux rapports financiers 2009-2010 et représente une somme de 70 659 $. Comme l'objectif de l'exercice précédent était de 4 %, une différence de 3,5 % s'ajoute pour l'exercice 2011-2012, soit un montant de 34 159 $.

Quant à l'Agence, en plus de ne pas recevoir d'indexation budgétaire et l'augmentation de la progression salariale, son effort s'élève à 142 483 $ pour l'exercice 2011-2012.

À la suite d'une reddition de comptes au MSSS à l'automne 2011 sur le suivi de l'application des efforts d'optimisation, les résultats de la région démontre que chaque établissement a mis en place les réductions exigées par le projet de loi n°100, autant que faire se peut, sur les activités identifiées par le Ministère.

De plus, l'ensemble des directrices générales et des directeurs généraux des établissements de l'Estrie a convenu de mécanismes concertés de travail pour réaliser une démarche d'optimisation par la mise en commun de services et la réduction de certaines dépenses. Ainsi, plusieurs champs d'activités ont été envisagés et trois chantiers prioritaires furent retenus : *entretien et contrat des équipements spécialisés, rémunération, paie et avantages sociaux, et présence au travail*. Des travaux sont en cours afin de mettre en place ces chantiers.

## 4.4.4 Orientation | Mettre en œuvre des mécanismes de négociation des ententes de gestion mobilisants

### 4.4.4.1 Entente de gestion et suivi de gestion

Le cycle administratif des ententes de gestion et d'imputabilité (EGI) entre les établissements et l'Agence s'est poursuivi pour l'année 2011-2012 en cohérence avec les plans stratégiques 2010-2015 du MSSS et de la région. Cet exercice a été réalisé en tenant compte du plan stratégique ou des priorités des établissements et de leur plan d'optimisation.

Les modalités entourant l'EGI et l'offre de service ont été signifiées aux établissements au printemps 2011. L'Agence a demandé aux établissements de transmettre une offre de service incluant, entre autres, des mesures d'amélioration de l'accessibilité aux services et de la productivité, de l'annualisation des engagements 2010-2011 et des efforts afin d'atteindre les cibles ministérielles 2015.

Afin de supporter les établissements dans l'élaboration de leur offre de service, les ratios de productivité ont été calculés, les taux de desserte ont été produits, et une projection de l'an 2 des cibles 2015 du MSSS leur a été rendue disponible.

Parallèlement à cet exercice avec les établissements, l'Agence a signé sa propre EGI avec le MSSS pour l'année 2011-2012. Cette entente comportait les engagements que prenait l'Agence pour donner suite aux axes d'intervention, aux objectifs et aux indicateurs du *Plan stratégique 2010-2015* du MSSS. De plus, quant à l'optimisation, six grands chantiers ont été identifiés. Les priorités régionales identifiées étaient la vaccination des enfants, les urgences en termes de durée moyenne de séjour, d'implantation de l'approche adaptée, de respect des normes d'occupation des lits de courte durée pour les patients en fin de soins actifs, l'optimisation des services de SAD, différentes mesures d'optimisation et d'amélioration de l'accessibilité.

À noter que le SPQC a développé, au cours de l'année, plusieurs outils d'information et de comparaison sur la performance des établissements et de la région, afin de soutenir les décisions de gestion. La mise en place de mécanismes systématiques de type bench marking pour l'ensemble des indicateurs de l'offre de service a été finalisée.

L'année 2011-2012 a aussi été marquée par l'annonce en juin d'une allocation dans le cadre du *Plan de services intégrés pour les personnes âgées 2011-2013*. En soutient à la DSAMU, le SPQC a développé des outils spécifiques pour permettre aux établissements visés par ce budget de développement de déposer une offre de service, tout en respectant les critères liés à ce budget. Un addenda aux EGI des CSSS a dû être réalisé en décembre 2011, afin d'ajuster les engagements des établissements.

L'ensemble de ces travaux vise à répondre à un enjeu de performance par l'amélioration de la productivité, les méthodes de suivi de gestion et l'optimisation des ressources identifiées au *Plan stratégique régional 2010-2015*.

# 5 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

## 5.1 LE CONTRÔLE DE LA CONFORMITÉ

Considérant que les organismes bénéficient de trois mois pour remettre l'ensemble des documents requis pour la reddition de comptes en conformité avec le document *La reddition de comptes dans le cadre du soutien à la mission globale du Programme de soutien aux organismes communautaires* (PSOC), l'Agence a analysé, au cours de l'année 2011-2012, les informations suivantes concernant les organismes communautaires ayant reçu un soutien financier pour l'année financière 2010-2011 :

- le rapport d'activités du dernier exercice financier complété (au 31 mars 2011 ou antérieurement);
- le rapport financier du dernier exercice financier complété (au 31 mars 2011 ou antérieurement) signé par deux administrateurs;
- une preuve de la tenue d'une séance publique d'information;
- l'avis de convocation, l'ordre du jour et le procès-verbal, ou un extrait du procès-verbal, de la dernière assemblée générale annuelle des membres;
- les relevés statistiques appropriés lorsque requis.

En novembre 2011, l'article 338 de la LSSSS a été modifié. Les organismes communautaires ne sont plus tenus d'organiser une séance publique d'information. De plus, tous les organismes communautaires, quelle que soit la date de la fin de leur exercice financier, doivent fournir leurs documents de reddition de comptes trois mois après la fin de leur exercice financier. Ces modifications sont bien reçues par les organismes communautaires.

## 5.2 LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET LEURS SECTEURS D'ACTIVITÉS

Les organismes communautaires œuvrent en Estrie auprès de clientèles variées qu'ils rejoignent par le biais de leurs activités et de leurs services pour répondre à des besoins identifiés et reconnus par la communauté. Ils contribuent à réduire les impacts d'une multitude de problématiques et ainsi à améliorer la santé de la population estrienne.

Les faits marquants de l'année 2011-2012 sont :

- la reconnaissance d'un nouvel organisme dans le domaine de la santé et des services sociaux : Soutien aux hommes agressés sexuellement durant l'enfance;
- un premier financement, à même le solde récurrent du PSOC, de 39 711 $, pour deux organismes communautaires reconnus, soit Mental Health Estrie et Local des jeunes des Jardins-Fleuris;
- l'allocation de 2,4 % d'indexation appliquée à tous les montants versés aux organismes communautaires;
- l'allocation, de façon exceptionnelle à même le solde récurrent du PSOC, de 18 248 $ pour deux organismes communautaires, afin de financer une partie de leur progression dans les étapes de développement;
- la conclusion des travaux provinciaux sur la *Convention de soutien financier pour l'ensemble des organismes communautaires du Québec*.

# 6 DONNÉES FINANCIÈRES

## 6.1 RAPPORT DE LA DIRECTION

Sherbrooke, le 11 juin 2012

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les normes comptables canadiennes pour le secteur public et les particularités prévues au *Manuel de gestion financière* édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes qu'elle considère comme nécessaire en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

La firme Raymond Chabot Grant Thornton a procédé à l'audit des états financiers de l'Agence, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada, et son rapport de l'auditeur expose l'étendue et la nature de cet audit et l'expression de son opinion. La firme Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Johanne Turgeon

**M^me^ Johanne Turgeon**
Présidente-directrice générale

France Simoneau

**M^me^ France Simoneau**
Directrice des ressources financières, informationnelles et matérielles

# 6.2 ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

Nom de l'agence
Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Code
1466-5228

Rapport de l'auditeur indépendant - É/F et autres informations financières

Exercice terminé le 31 mars 2012

Aux membres du Conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

**Rapport sur les états financiers**

Nous avons effectué l'audit des états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie inclus dans la section auditée du rapport financier annuel, qui comprennent les bilans totaux au 31 mars 2012 (page 804) ainsi que les états des résultats totaux (page 800), des soldes de fonds totaux (page 802) et des flux de trésorerie totaux (825) pour l'exercice terminé à cette date. De plus, ils comprennent un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives de la section auditée.

*Responsabilité de la direction pour les états financiers*

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

*Responsabilité de l'auditeur*

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit assortie d'une réserve.

*Fondement de l'opinion avec réserve*

Tel qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance ne sont pas comptabilisés aux bilans totaux, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Cette situation nous conduit donc à exprimer un opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant comme nous l'avions fait pour les états financiers de l'exercice précédent. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2012 et au 31 mars 2011 n'ont pu être déterminées car l'information n'est pas disponible au niveau de l'Agence.

**Opinion avec réserve**

À notre avis, à l'exception des incidences du problème décrit dans le paragraphe de *Fondement de l'opinion avec réserve*, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie au 31 mars 2012 ainsi que des résultats de ses activités et de ses flux de trésorerie, pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

**Rapport relatif à d'autres obligations légales ou législatives**

Conformément à l'article 395 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec, et sur la base des éléments probants obtenus lors de la réalisation de nos travaux d'audit sur les états financiers, à notre avis, dans tous les aspects significatifs, l'Agence s'est conformée :

- aux dispositions de la loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant, dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses charges ;
- aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel ;
- aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le MSSS en ce qui a trait à ses pratiques comptables.

Raymond Chabot Grant Thornton s.e.n.c.r.l. [1]

Sherbrooke, le 13 juin 2012

[1] CPA auditeur, FCA permis de comptabilité publique nº A103767

## 6.2.1 États des résultats du fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations pour l'exercice terminé le 31 mars 2012

| RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION – ACTIVITÉS PRINCIPALES | 2011-2012 | 2010-2011 |
|---|---|---|
| **Revenus** | | |
| Subventions du Ministère | 7 482 402 $ | 7 656 997 $ |
| Autres revenus | 290 655 | 383 741 |
| **Total des revenus** | **7 773 057 $** | **8 040 738 $** |
| **Charges** | | |
| Salaires et avantages sociaux | 6 166 127 $ | 5 801 804 $ |
| Autres dépenses | 1 461 751 | 1 646 000 |
| **Total des charges** | **7 627 878 $** | **7 447 804 $** |
| **Excédent** | **145 179 $** | **592 934 $** |
| Contributions en provenance de fonds affectés | 36 536 | 32 908 |
| Contributions en provenance du fonds des activités régionalisées | 225 000 | 276 407 |
| Affectations au fonds d'immobilisations et à d'autres fonds | (421 278) | (423 068) |
| **Excédent (déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds** | **(14 563) $** | **479 181 $** |

| RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION – ACTIVITÉS ACCESSOIRES | 2011-2012 | 2010-2011 |
|---|---|---|
| **Revenus** | | |
| Subventions du Ministère | 163 718 $ | 98 000 $ |
| Autres revenus | 25 | |
| **Total des revenus** | **163 743 $** | **98 000 $** |
| **Charges** | | |
| Salaires et avantages sociaux | 45 469 $ | 61 075 $ |
| Autres dépenses | 95 995 | 6 172 |
| **Total des charges** | **141 464 $** | **67 247 $** |
| **Excédent** | **22 279 $** | **30 753 $** |

| RÉSULTATS DU FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES | 2011-2012 | 2010-2011 |
|---|---|---|
| **Revenus** | | |
| Contributions des établissements | 3 490 739 $ | 3 517 629 $ |
| Autres revenus | 4 925 247 | 5 780 027 |
| **Total des revenus** | **8 415 986 $** | **9 297 656 $** |
| **Charges** | | |
| Salaires et avantages sociaux | 3 318 565 $ | 3 284 047 $ |
| Autres dépenses | 3 764 561 | 3 185 502 |
| **Total des charges** | **7 083 126 $** | **6 469 549 $** |
| **Excédent** | 1 332 860 $ | 2 828 107 $ |
| Contributions en provenance du fonds d'exploitation | 342 143 | 349 885 |
| Contributions de fonds affectés | 78 371 | 81 572 |
| Affectations au fonds d'exploitation | (225 000) | (276 407) |
| Affectations au fonds d'immobilisations | (1 200 635) | (1 923 383) |
| **Excédent après contributions de l'avoir-propre et interfonds** | **327 739 $** | **1 059 774 $** |

| RÉSULTATS DU FONDS D'IMMOBILISATIONS | 2011-2012 | 2010-2011 |
|---|---|---|
| **Revenus** | | |
| Subventions du Ministère | 5 454 858 $ | 3 504 687 $ |
| Autres revenus | | 8 000 |
| **Total des revenus** | **5 454 858 $** | **3 512 687 $** |
| **Charges** | | |
| Frais d'intérêts | 2 606 935 $ | 2 877 445 $ |
| Amortissements | 2 403 442 | 2 220 173 |
| Autres charges | 567 359 | 463 192 |
| **Total des charges** | 5 577 736 $ | 5 560 810 $ |
| **Déficit** | (122 878) $ | (2 048 123) $ |
| Contributions en provenance du fonds d'exploitation – activités principales | 79 135 | 73 183 |
| Contributions en provenance du fonds des activités régionalisées | 1 200 635 | 1 923 383 |
| Contributions en provenance de fonds affectés | 75 400 | 51 557 |
| **Excédent après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds** | **1 232 292 $** | **0 $** |

## 6.2.2 États des soldes des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations pour l'exercice terminé le 31 mars 2012

| FONDS D'EXPLOITATION | 2011-2012 | | 2010-2011 | |
|---|---|---|---|---|
| | ACTIVITÉS PRINCIPALES | AVOIR PROPRE | ACTIVITÉS PRINCIPALES | AVOIR PROPRE |
| **Solde créditeur – au début** | **639 381 $** | **104 256 $** | **46 447 $** | **187 256 $** |
| **Additions (déductions)** | | | | |
| Excédent (déficit) de l'exercice | 145 179 $ | 22 279 $ | 592 934 $ | 30 753 $ |
| Transferts interfond: | | | | |
| – en provenance des fonds affectés | | 36 536 | | 32 908 |
| – en provenance du fonds des activités régionalisées | | 225 000 | | 276 407 |
| – affectés à d'autres fonds | | (342 143) | | (349 885) |
| – affectés au fonds d'immobilisations | | (79 135) | | (73 183) |
| **Libération de surplus** | **(639 381) $** | **639 381 $** | | |
| **Variation de l'exercice** | **(494 202) $** | **501 918 $** | **592 934 $** | **(83 000) $** |
| **Solde créditeur – à la fin** | **145 179 $** | **606 174 $** | **639 381 $** | **104 256 $** |

| FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES | 2011-2012 | 2010-2011 |
|---|---|---|
| **Solde créditeur – au début** | **2 104 346 $** | **1 050 071 $** |
| **Additions (déductions)** | | |
| Excédent de l'exercice | 1 332 860 $ | 2 828 107 $ |
| Transferts interfond: | | |
| – contributions du fonds d'exploitation | 342 143 | 349 885 |
| – contributions de fonds affectés | 78 371 | 81 572 |
| – affectés au fonds d'exploitation | (225 000) | (276 407) |
| – affectés au fonds d'immobilisations | (1 200 635) | (1 923 383) |
| Autres déductions | | (5 499) |
| **Variations de l'exercice** | **327 739 $** | **1 054 275 $** |
| **Solde créditeur – à la fin** | **2 432 085 $** | **2 104 346 $** |

| FONDS D'IMMOBILISATIONS | 2011-2012 | 2010-2011 |
|---|---|---|
| **Solde créditeur – au début** | **0 $** | **0 $** |
| **Additions (déductions)** | | |
| Déficit de l'exercice | (122 878) $ | (2 048 123) $ |
| Transferts interfonds | | |
| – en provenance du fonds d'exploitation | 79 135 | 73 183 |
| – en provenance des activités régionalisées | 1 200 635 | 1 923 383 |
| – en provenance de fonds affectés | 75 400 | 51 557 |
| **Variations de l'exercice** | **1 232 292 $** | **0 $** |
| **Solde créditeur – à la fin** | **1 232 292 $** | **0 $** |

## 6.2.3 Bilans des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations au 31 mars 2012

| BILAN | FONDS D'EXPLOITATION | | FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES | | FONDS D'IMMOBILISATIONS | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2011-2012 | 2010-2011 | 2011-2012 | 2010-2011 | 2011-2012 | 2010-2011 |
| **Actif** | | | | | | |
| Encaisse | 1 757 919 $ | 1 913 844 $ | 3 893 469 $ | 3 233 369 $ | 71 181 $ | 93 693 $ |
| Débiteurs | 326 606 | 296 624 | 4 614 808 | 5 625 693 | 24 185 666 | 15 174 917 |
| Autres éléments | 13 934 | 5 961 | 9 762 | | 112 024 | 99 592 |
| Immobilisations | | | | | 6 491 334 | 6 813 690 |
| Subvention à recevoir – réforme comptable | 587 644 | 587 644 | 282 082 | 282 082 | 46 193 857 | 50 737 609 |
| **Total de l'actif** | **2 686 103 $** | **2 804 07 $** | **8 800 121 $** | **9 141 144 $** | **77 054 062 $** | **72 918 781 $** |
| **Passif** | | | | | | |
| Découvert de banque | | | | 8 274 $ | | |
| Créditeurs et charges à payer | 1 177 480 $ | 1 353 454 $ | 6 021 794 $ | 6 708 764 | 85 940 $ | 101 438 $ |
| Provision pour vacances et congés de maladies | 757 270 | 706 982 | 346 242 | 319 760 | | |
| Intérêts courus à payer | | | | | 443 092 | 549 219 |
| Emprunts temporaires | | | | | 26 071 477 | 18 086 135 |
| Dette à long terme | | | | | 49 221 261 | 54 181 989 |
| **Total du passif** | **1 934 750 $** | **2 060 436 $** | **6 368 036 $** | **7 036 798 $** | **75 821 770 $** | **72 918 781 $** |
| **Solde de fonds** | **751 353 $** | **743 637 $** | **2 432 085 $** | **2 104 346 $** | **1 232 292 $** | **0 $** |
| **Total du passif et du solde du fonds** | **2 686 103 $** | **2 804 073 $** | **8 800 121 $** | **9 141 144 $** | **77 054 062 $** | **72 918 781 $** |

## 6.2.4 État des résultats et bilan combiné des fonds affectés au 31 mars 2012

| RÉSULTATS DES FONDS AFFECTÉS CUMULÉS | SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE | SANTÉ PUBLIQUE | AUTRES FONDS AFFECTÉS | TOTAL 2011-2012 |
|---|---|---|---|---|
| **Revenus** | | | | |
| Subventions du Ministère | 17 528 228 $ | 5 000 $ | 60 015 694 $ | 77 548 922 $ |
| Revenus d'intérêts | 32 997 | 2 566 | 165 657 | 201 220 |
| Autres | 4 350 257 | 20 923 | 157 248 | 4 528 428 |
| **Total des revenus** | **21 911 482 $** | **28 489 $** | **60 338 599 $** | **82 278 570 $** |
| **Charges** | | | | |
| Dépenses de transferts | 3 933 492 $ | | 4 450 222 $ | 8 383 714 $ |
| Contrats à budget | 18 014 334 | | | 18 014 334 |
| RITM – Facturation provinciale | | | 63 765 297 | 63 765 297 |
| Autres | 49 484 | 49 632 $ | 314 635 | 413 751 |
| **Total des charges** | **21 997 310 $** | **49 632 $** | **68 530 154 $** | **90 577 096 $** |
| **Déficit** | **(85 828) $** | **(21 143) $** | **(8 191 555) $** | **(8 298 526) $** |

| RÉSULTATS DES FONDS AFFECTÉS CUMULÉS | SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE | SANTÉ PUBLIQUE | AUTRES FONDS AFFECTÉS | TOTAL 2010-2011 |
|---|---|---|---|---|
| **Revenus** | | | | |
| Subventions du Ministère | 16 725 422 $ | | 60 350 804 $ | 77 076 226 $ |
| Revenus d'intérêts | 17 235 | 2 011 $ | 111 671 | 130 917 |
| Autres | 4 371 211 | 7 905 | 299 245 | 4 678 361 |
| **Total des revenus** | **21 113 868 $** | **9 916 $** | **60 761 720 $** | **81 885 504 $** |
| **Charges** | | | | |
| Dépenses de transfert | 3 385 282 $ | 2 500 $ | 2 113 839 $ | 5 501 621 $ |
| Contrats à budget | 17 486 920 | | | 17 486 920 |
| RITM – Facturation provinciale | | | 47 676 152 | 47 676 152 |
| Autres | 32 824 | 62 375 | 2 491 156 | 2 586 355 |
| **Total des charges** | **20 905 026 $** | **64 875 $** | **52 281 147 $** | **73 251 048 $** |
| **Excédent (déficit)** | **208 842 $** | **(54 959) $** | **8 480 573 $** | **8 634 456 $** |

| BILAN COMBINÉ | FONDS AFFECTÉS | |
|---|---|---|
| | 2011-2012 | 2010-2011 |
| **Actif** | | |
| **À court terme** | | |
| Encaisse | 17 842 311 $ | 5 146 818 $ |
| Avances de fonds aux établissements publics | | |
| Débiteurs | 8 341 283 | 24 808 772 |
| Autres éléments | 7 399 | 2 059 |
| Total - Actif à court terme | 26 190 993 $ | 29 957 649 $ |
| **À long terme** | | |
| Subvention à recevoir – provision vacances et congés de maladie | 10 087 $ | 10 087 $ |
| **Total - Actif à long terme** | **10 087 $** | **10 087 $** |
| **Total de l'actif** | **26 201 080 $** | **29 967 736 $** |
| **À court terme** | | |
| Créditeurs et charges à payer | 15 267 612 $ | 11 083 655 $ |
| Provision pour vacances et congés de maladies | 19 665 | 33 848 |
| Revenus reportés – MSSS + crédits régionaux | 768 530 | 216 127 |
| **Total du passif** | **16 055 807 $** | **11 333 630 $** |
| **Solde de fonds** | **10 145 273 $** | **18 634 106 $** |
| **Total du passif et du solde de fonds** | **26 201 080 $** | **29 967 736 $** |

## 6.2.5 État du solde de fonds combiné des fonds affectés au 31 mars 2012

| FONDS AFFECTÉS | SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE | SANTÉ PUBLIQUE | AUTRES FONDS AFFECTÉS | TOTAL 2011-2012 |
|---|---|---|---|---|
| **Solde créditeur - au début** | **510 628 $** | **178 331 $** | **17 945 147 $** | **18 634 106 $** |
| **Additions (déductions)** | | | | |
| Déficit de l'exercice | (85 828) $ | (21 143) $ | (8 191 555) $ | (8 298 526) $ |
| Transferts interfonds | | | | |
| – Affectés au fonds exploitation | | | (36 536) | (36 536) |
| – Affectés au fonds des activités régionalisées | | | (59 301) | (59 301) |
| – affectés au fonds d'immobilisations | (75 400) | | | (75 400) |
| Autres transferts interfonds | (19 070) | | | (19 070) |
| **Variation de l'exercice** | **(180 298) $** | **(21 143) $** | **(8 287 392) $** | **(8 488 833) $** |
| **Solde créditeur – à la fin** | **330 330 $** | **157 188 $** | **9 657 755 $** | **10 145 273 $** |

| FONDS AFFECTÉS | SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE | SANTÉ PUBLIQUE | AUTRES FONDS AFFECTÉS | TOTAL 2010-2011 |
|---|---|---|---|---|
| **Solde créditeur - au début** | **360 197 $** | **237 181 $** | **9 535 401 $** | **10 132 779 $** |
| **Additions (déductions)** | | | | |
| Excédent (déficit) de l'exercice | 208 842 $ | (54 959) $ | 8 480 573 $ | 8 634 456 $ |
| Transferts interfonds : | | | | |
| – Affectés au fonds des activités régionalisées | | | (70 827) | (70 827) |
| – Affectés au fonds d'immobilisations | (47 666) | (3 891) | | (51 557) |
| Autres transferts interfonds | (10 745) | | | (10 745) |
| **Variation de l'exercice** | **150 431 $** | **(58 850) $** | **8 409 746 $** | **8 501 327 $** |
| **Solde créditeur – à la fin** | **510 628 $** | **178 331 $** | **17 945 147 $** | **18 634 106 $** |

## 6.2.6 État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits pour l'exercice terminé le 31 mars 2012

| ENVELOPPE RÉGIONALE | 2011-2012 |
|---|---|
| **Enveloppe régionale** | |
| Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R | 775 606 883 $ |
| **Affectation de l'enveloppe régionale** | |
| Allocations aux établissements | 732 029 262 $ |
| Allocations aux organismes communautaires | 18 429 311 |
| Allocations à d'autres organismes | 591 639 |
| **Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R** | **751 050 212 $** |
| Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale | 23 127 485 $ |
| Autres | 27 000 |
| **Total** | **774 204 697 $** |
| **Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer** | **1 402 186 $** |
| Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics : | |
| – comptes à payer signifiés | 3 217 389 $ |
| Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissements publics : | |
| – comptes à payer signifiés | 1 304 809 |
| – comptes à payer non signifiés | 231 795 |
| **Total des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R** | **4 753 993 $** |
| Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent | 171 237 $ |
| **Excédent de l'enveloppe sur les affectations** | **(3 523 044) $** |

## 6.2.7 Notes aux états financiers

### > Note 1 – Résultats

Le résultat des opérations des ACTIVITÉS PRINCIPALES indiqué à la page 200, ligne 26, est traité de la façon suivante :

- Le résultat se solde par un excédent au montant de 145 179 $ ; il est imputé au solde des activités principales et est assujetti à la politique de libération du surplus.
- Le résultat des opérations des ACTIVITÉS ACCESSOIRES indiqué à la page 200, ligne 26, se solde par un excédent de 22 279 $ et est imputé à l'AVOIR PROPRE.

### > Note 2 – Statut et nature des opérations

L'Agence a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Le siège social de l'Agence est situé à Sherbrooke. En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

### > Note 3 – Modification de conventions comptables

#### Modèle de présentation

Le rapport financier annuel est préparé conformément aux normes canadiennes pour le secteur public.

#### Subvention à recevoir sur les dettes financées par le gouvernement – réforme comptable

La subvention à recevoir – réforme comptable fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode utilisée a été révisée relativement à la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations à la suite de l'expérience acquise au cours des dernières années. Cette modification comptable appliquée prospectivement a pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants :

| | 2012 |
|---|---|
| SUBVENTIONS À RECEVOIR – IMMOBILISATIONS – ÉCART DE FINANCEMENT – RÉFORME COMPTABLE | (4 437 625)$ |
| SUBVENTIONS – GOUVERNEMENT DU QUÉBEC | 1 245 569 $ |
| SURPLUS (DÉFICITS) DE L'EXERCICE | (122 878)$ |

## > Note 4 – Description des principales conventions comptables

### Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, sans les chapitres SP4200 à SP 4270, émises par l'Institut Canadien des Comptables Agréés.

### Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date du rapport financier annuel ainsi que la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

### Exercice financier

Conformément aux dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'exercice financier de l'Agence s'étend du 1er avril au 31 mars. Cependant, l'exercice financier du Fonds de santé au travail qui regroupe les activités que doit assurer l'Agence aux fins de l'application des programmes de santé au travail, visés par le chapitre VIII de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, ne couvre pas la même période, l'exercice financier s'étend du 1er janvier au 31 décembre 2011.

### Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

### Présentation par fonds

- Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).

- Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux actifs immobilisés, aux dettes, aux subventions et à tout autre mode de financement s'y rattachant. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées, pour les activités des fonds affectés de l'Agence et pour des établissements privés admissibles sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'Agence.

De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.

- Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés.

- Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

- Le fonds de santé au travail regroupe les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la CSST. Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la CSST et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

### Transferts interfonds

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts entre fonds sont comptabilisés directement à l'état du solde de fonds et non pas comme une charge au fonds d'origine et un revenu au fonds receveur.

## Classification des activités

La classification des activités du fonds d'exploitation de l'Agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes.

Activités principales : Les activités principales regroupent les opérations qui découlent de la fonction que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

Activités accessoires : Les activités accessoires comprennent les fonctions que l'Agence rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs.

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial.

Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des agences. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent du MSSS, d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes parapublics, etc. Parmi les activités les plus courantes, on retrouve l'enseignement médical, la recherche et la santé au travail.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les activités de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

## Centre d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'Agence dans le cadre du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires en égard aux services rendus par l'Agence.

## Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût et amorties, selon une méthode logique et systématique, sur une période correspondant à leur durée de vie utile. Le coût des immobilisations détenues en vertu d'un contrat de location-acquisition est égal à la valeur actualisée des paiements exigibles.

| CATÉGORIE | DURÉE |
|---|---|
| AMÉLIORATIONS LOCATIVES | DURÉE RESTANTE DU BAIL (MAX. 10 ANS) |
| DÉVELOPPEMENT INFORMATIQUE | 5 ANS |
| ÉQUIPEMENT DE COMMUNICATION MULTIMÉDIA | 5 ANS |
| ÉQUIPEMENT INFORMATIQUE | 3 ANS |
| MACHINERIE, MOBILIER ET ÉQUIPEMENT | 10 ANS |
| MOBILIER ET ÉQUIPEMENT DE BUREAU | 5 ANS |
| DÉVELOPPEMENT INFORMATIQUE | 5 ANS |
| LOCATION-ACQUISITION | SELON LA NATURE DU BIEN |

## Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire. L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

## Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires, de la partie de l'excédent des revenus sur les charges des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des charges sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre. L'avoir propre d'une Agence ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite (article 269.1 de la loi). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation du MSSS. Par ailleurs, l'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre le solde de cet avoir déficitaire.

## Revenus

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

De façon plus spécifique :

**Pour les sommes en provenance d'une entité faisant partie du périmètre comptable du gouvernement, MSSS, etc. :**

Ces sommes, dont le budget de fonctionnement sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle surviennent les faits qui leur donnent lieu, dans la mesure où ils sont autorisés, où les critères d'admissibilité sont rencontrés (s'il en est) et où une estimation raisonnable des montants en cause est possible.

Les sommes reçues ou à recevoir concernant des revenus qui seront gagnés dans une année ultérieure peuvent faire l'objet d'un revenu reporté dans le cas où les sommes doivent être affectées à des fins prescrites et que les dépenses seront assumées dans le futur.

Lorsque les fins spécifiées sont remplies, la comptabilisation du revenu reporté n'est généralement plus permise. Toutefois, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, la comptabilisation d'un revenu reporté pourrait être possible si les faits donnant lieu au transfert ne sont pas survenus. C'est le cas lorsque la nouvelle entente prévoit les fins pour lesquelles les sommes restantes doivent être utilisées.

**Pour les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement :**

Ces sommes sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Pour les fonds des activités régionalisées, sont reportés les revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées ne peuvent découler que des situations suivantes :

- Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée en tout ou en partie à un exercice financier futur ;
- Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent ;
- Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année ;
- Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

## Autres revenus

Les sommes reçues par subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont désormais présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

### Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

### Subventions du MSSS – Écart de financement – immobilisations

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec. De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement de la subvention est déterminé par l'Agence à son rapport financier annuel.

### Régimes de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

## > Note 5 – Flux de trésorerie

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation, des activités régionalisées, d'immobilisations et affectés qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel sont les suivants :

| | 2012 | 2011 |
|---|---|---|
| **Fonds d'exploitation:** | | |
| Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités | 79 135 $ | 73 183 $ |
| **Fonds d'immobilisations:** | | |
| Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités | 2 081 086 $ | 2 953 209 $ |
| **Fonds des activités régionalisées:** | | |
| Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités | 1 200 634 $ | 1 923 383 $ |
| **Fonds affectés:** | | |
| Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités | 75 400 $ | 51 557 $ |

## > Note 6 – Emprunt bancaire

Au 31 mars 2012, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée de 41 341 000 $, au taux de base des acceptations bancaires d'un mois d'échéance, pour les emprunts effectués par billets-grille et par période de 30 jours.

Les emprunts effectués directement sur la marge de crédit, non empruntés en billets-grille, portent intérêt au taux préférentiel de la Banque moins 1,25 %.

La convention de crédit est renégociable le 1er janvier 2013.

| | 2012 | 2011 |
|---|---|---|
| Emprunt sur billets-grille au taux de base des acceptations bancaires. Le taux en vigueur au 31 mars 2011 est de 1,50 %. | 24 077 804 $ | 15 726 225 $ |

## > Note 7 – Dette à long terme

La dette à long terme du fonds d'immobilisations est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement-Québec.

| | 2012 | 2011 |
|---|---|---|
| Emprunt, portant intérêt au taux de 6,186 %, remboursable par versements annuels de 412 033 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2015. | 2 874 873 $ | 3 286 906 $ |
| Emprunt, portant intérêt au taux de 5,76 %, remboursable par versements annuels de 62 955 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en octobre 2012. | 1 007 287 $ | 1 070 242 $ |
| Emprunt, portant intérêt au taux de 3,320 %, remboursable par versements annuels de 334 386 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juin 2014. | 5 024 527 $ | 5 358 913 $ |
| Emprunt, portant intérêt au taux de 3,320 %, remboursable par versements annuels de 300 913 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juin 2014. | 1 789 009 $ | 2 089 922 $ |
| Emprunt, portant intérêt au taux de 3,544 %, remboursable par versements annuels de 1 087 351 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2016. | 7 994 742 $ | 9 082 094 $ |
| Emprunt, portant intérêt au taux de 3,544 %, remboursable par versements annuels de 472 767 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2016. | 2 363 837 $ | 2 836 604 $ |
| Emprunt, portant intérêt au taux de 4,384 %, remboursable par versements annuels de 16 088 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2014. | 321 753 $ | 337 840 $ |
| Emprunt, portant intérêt au taux de 2,406%, remboursable par versements annuels de 41 609 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2018. | 1 040 223 $ | — $ |
| Emprunt, portant intérêt au taux de 2,406%, remboursable par versements annuels de 607 453 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2018. | 4 142 903 $ | — $ |
| Emprunt, portant intérêt au taux de 4,384 %, remboursable par versements annuels de 820 183 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2014. | 6 176 027 $ | 6 996 211 $ |
| Emprunt, portant intérêt au taux de 4,215 %, remboursable par versements annuels de 607 453 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2011. | — $ | 4 750 356 $ |
| Emprunt, portant intérêt à un taux variant de 4,66 % à 9,82 %, remboursable par versements annuels variables, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2023. | 6 428 015 $ | 7 509 403 $ |
| Emprunt, portant intérêt au taux de 4,146 %, remboursable par versements annuels de 477 893 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2014. | 3 862 786 $ | 4 340 679 $ |
| Emprunt, portant intérêt au taux de 4,146 %, remboursable par versements annuels de 81 089 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2014. | 1 702 874 $ | 1 783 963 $ |
| Emprunt, portant intérêt au taux de 3,835 %, remboursable par versements annuels de 40 423 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2016. | 970 148 $ | 1 010 571 $ |
| Emprunt, portant intérêt au taux de 3,835 %, remboursable par versements annuels de 188 569 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2016. | 2 451 397 $ | 2 639 966 $ |
| Emprunt, portant intérêt au taux de 2,6497 %, remboursable par versements annuels de 38 968 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juin 2016. | 935 085 $ | 974 047 $ |
| | **49 085 486 $** | **54 067 717 $** |
| Tranche échéant à moins d'un an | 7 088 334 $ | 10 165 357 $ |
| | **41 997 152 $** | **43 902 360 $** |

Les montants des versements en capital à effectuer au cours des cinq prochains exercices se détaillent comme suit :

| | |
|---|---|
| 2013 | 7 088 334 $ |
| 2014 | 10 994 628 $ |
| 2015 | 14 238 168 $ |
| 2016 | 4 407 597 $ |
| 2017 | 8 343 671 $ |
| | **45 072 398 $** |

## > Note 8 – Obligations découlant de contrats de location acquisition

| | 2012 | 2011 |
|---|---|---|
| Contrat de location de photocopieurs, d'un montant de 81 332 $, remboursable par versements mensuels de 1 386 $, échéant le 1er avril 2016 | 67 140 $ | 0 $ |
| Contrats de location de matériel informatique, d'un montant total de 169 652 $, remboursable par versements mensuels de 4 250 $, échéant du 11 août 2012 au 19 janvier 2014 | 68 635 $ | 114 272 $ |
| Montant total des paiements minimums futurs | 135 775 $ | 114 272 $ |
| Tranche échéant à moins d'un an | 62 758 $ | 68 639 $ |
| | **73 017 $** | **45 633 $** |

Les paiements minimums futurs exigibles sur les contrats de location-acquisition au cours des prochains exercices sont les suivants :

| | |
|---|---|
| 2013 | 62 758 $ |
| 2014 | 37 838 $ |
| 2015 | 16 710 $ |
| 2016 | 17 117 $ |
| 2017 | 1 352 $ |

## > Note 9 – Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

## > Note 10 – État de la variation de la dette nette

L'état de la variation de la dette nette n'est pas présenté dans les états financiers. Toutefois, l'information sur la dette nette est disponible à la lecture des autres états financiers et des informations explicatives.

# 6.3 ALLOCATIONS DES RESSOURCES FINANCIÈRES AUX ÉTABLISSEMENTS

## 6.3.1 Allocations 2011-2012

En 2011-2012, les revenus des établissements furent de 833 619 423 $, incluant le budget de fonctionnement accordé par l'Agence, la contribution des usagères et des usagers, et les ventes de services. Les revenus des établissements publics représentent 822 758 594 $ et ceux des établissements privés conventionnés totalisent 10 860 829 $. Vous trouverez, au tableau de la page suivante, le détail de ce budget par établissement, ainsi que les surplus et déficits autorisés pour les exercices 2011-2012 et 2010-2011.

De plus, une somme supplémentaire de 1 854 400 $ fut soustraite de l'enveloppe budgétaire afin de poursuivre les efforts d'optimisation découlant du projet de loi n°100 – soit le non-remplacement d'un départ à la retraite sur deux ainsi que la réduction de 10 % des dépenses administratives à terme.

La région de l'Estrie a reçu une cible de réduction de 1 914 500 $ reliée à d'autres mesures d'optimisation, permettant ainsi de contenir à 5 % la croissance des dépenses des secteurs de la santé et des services sociaux, et de laquelle furent déduits 302 000 $ pour le rehaussement de l'offre de service en lien avec le SAD. C'est donc un montant de 1 612 500 $ qui a été retiré de l'enveloppe de crédits par le MSSS.

> Les orientations budgétaires suivantes furent adoptées pour l'utilisation des budgets 2011-2012 :

- D'utiliser la même méthode qu'en 2010-2011, soit en fonction des heures travaillées en administration en 2009-2010 pour distribuer le montant de 1 854 000 $ (projet de loi n°100).
- D'allouer un montant de 75 000 $ provenant de l'enveloppe de crédits de développement des années antérieures (totalisant 778 677 $) au programme le plus pauvre, soit le programme Dépendances.
- D'utiliser le solde résiduel de 703 677 $ provenant de cette même enveloppe de crédits de développement des années antérieures, en contrepartie des mesures d'optimisation des ressources autres.
- De distribuer le solde restant de 908 823 $ provenant du deuxième volet de réduction (soit : 1 914 500 $ - 703 677 $ - 302 000 $), en fonction des budgets nets 2011-2012 des établissements publics de la région.
- La confirmation des crédits 2011-2012 alloués à la région par le MSSS incluait une somme de 4 328 768 $ pour les coûts de système spécifique.
- Utiliser la méthode habituelle et reconnue (médicaments et fournitures médicales) pour la répartition de l'indexation spécifique.
- Utiliser la méthode habituelle et convenue (budget en vieillissement et santé physique) pour répartir le solde résiduel provenant de l'indexation spécifique.

Un montant récurrent de 3 607 406 $ fut ainsi réparti entre les établissements publics et privés pour les coûts spécifiques de médicaments et de fournitures médicales, et le solde résiduel de 721 362 $ fut alloué pour la courte durée. De plus, une somme de 577 090 $ fut attribuée au CHUS et le solde de 144 272 $ a été réparti entre les CSSS de la région selon la méthode d'allocation des budgets en vieillissement et santé physique, comme les années antérieures.

En 2011-2012, le MSSS annonçait une allocation budgétaire de 14 032 432 $ pour la région de l'Estrie dans le cadre du plan de services intégrés pour les personnes âgées (PALV). Pour l'année 2011-2012, la portion réservée pour l'Estrie représente 4 229 755 $, soit 2 669 037 $ pour l'actualisation des projets prévus d'alternatives à l'hébergement institutionnel et des places de récupération fonctionnelle (UTRF) et 1 560 718 $ en SAD. Comme le règlement final se fera en 2012-2013 suite à une analyse par le MSSS, ce montant pourrait être ajusté.

La méthode utilisée pour répartir l'allocation de 14 032 432 $ est celle de l'équité unifiée, telle que reconnue par le conseil d'administration de l'Agence.

## Allocation budgétaire en DI-TED et DP

Le MSSS allouait également, pour l'exercice 2011-2012, une allocation budgétaire non récurrente de 319 746 $ afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle ayant une DI, une DP ou un TED.

**L'utilisation de cette somme comporte deux volets, c'est-à-dire :**

- 50 % est allouée aux centres de santé et de services sociaux et sera consacré à l'amélioration du soutien à la famille et à la personne vivant avec une DI, une DP ou un TED. Les familles seront ainsi mieux desservies par du répit, du gardiennage, du soutien aux activités de la vie quotidienne et des services d'évaluation en ergothérapie en vue d'une adaptation de domicile.
- 50 % est allouée à parts égales entre le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement Estrie (CRDITED) et le CRE et sera consacré à l'amélioration de l'accès aux services spécialisés de réadaptation. Ceci permettra notamment de soutenir l'intervention précoce chez les enfants, telle l'implantation du programme de dépistage de la surdité néonatale, et de répondre à divers besoins d'adaptation et de réadaptation qui contribueront à l'amélioration de l'autonomie et de la participation sociale des personnes.

Le règlement final aura lieu en 2012-2013 et sera effectué en fonction des dépenses réelles encourues – montants qui pourraient différer des allocations budgétaires attribuées selon la méthode de répartition 2012-2013, basée sur la population 0-64 ans.

## L'allocation des ressources financières aux établissements

### Fonds d'exploitation avant les interfonds

| | 2011-2012 | | | | | | 2010-2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | FONDS D'EXPLOITATION | | | | | | |
| | Activités principales | | | Activités accessoires | Contributions des surplus cumulés | Total | |
| | Revenus | Dépenses | Surplus (déficit) | Surplus (déficit) | | Surplus (déficit) | Surplus (déficit) |
| AS-471 | | p. 358, col. 1 | | p. 358, col. 2 | p. 202 | | p. 201, col. 1 |
| | li. 12 | li. 25 | li. 26 | li. 26 | | | li. 27 |
| | a | b | c<br>a - b | d | e | f<br>c + d + e | g |
| **Établissements publics** | | | | | | | |
| Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke | 386 997 448 | 388 158 509 | (1 161 061) | 184 136 | | (976 925) | (3 919 424) |
| Centre jeunesse de l'Estrie | 44 499 283 | 43 819 519 | 679 764 | 16 228 | | 695 992 | 1 234 615 |
| Centre de réadaptation Estrie | 20 220 005 | 20 031 542 | 188 463 | (82 382) | | 106 081 | 467 003 |
| Centre Notre-Dame de l'Enfant (Sherbrooke)* | | | | | | | 268 819 |
| Centre accueil Dixville | 30 411 996 | 30 559 387 | (147 391) | | 147 391 | | 11 955 |
| Le Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges | 5 870 858 | 5 829 833 | 41 025 | 100 000 | | 141 025 | 53 139 |
| CSSS - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke | 156 318 637 | 154 359 203 | 1 959 434 | 163 657 | | 2 123 091 | 348 299 |
| Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook | 18 363 725 | 18 093 664 | 270 061 | (971) | | 269 090 | 114 489 |
| Centre de santé et de services sociaux du Granit | 33 305 875 | 33 093 547 | 212 328 | 6 607 | | 218 935 | 187 936 |
| Centre de santé et de services sociaux du Haut-St-François | 20 042 814 | 20 045 635 | (2 821) | 730 | 2 091 | | 101 411 |
| Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog | 59 108 067 | 57 280 712 | 1 827 355 | 11 822 | | 1 839 177 | 922 074 |
| Centre de santé et de services sociaux des Sources | 22 718 280 | 22 613 425 | 104 855 | 31 499 | | 136 354 | (26 158) |
| Centre de santé et de services sociaux du Val-St-François | 24 901 606 | 24 354 911 | 546 695 | 3 527 | | 550 222 | 508 337 |
| **Total partiel** | **822 758 594** | **818 239 887** | **4 518 707** | **434 853** | **149 482** | **5 103 042** | **272 494** |
| **Établissements privés conventionnés** | | | | | | | |
| Villa Marie-Claire | 1 699 292 | 1 689 002 | 10 290 | 6 359 | | 16 649 | 33 251 |
| Centre d'hébergement et de soins de longue durée Vigi Shermont | 4 955 873 | 5 015 760 | (59 887) | | | (59 887) | (25 297) |
| La Maison Blanche de North Hatley | 4 205 664 | 4 136 357 | 69 307 | 656 | | 69 963 | 122 270 |
| **Total partiel** | **10 860 829** | **10 841 119** | **19 710** | **7 015** | | **26 725** | **130 224** |
| **TOTAL GLOBAL** | **833 619 423** | **829 081 006** | **4 538 417** | **441 868** | **149 482** | **5 129 767** | **402 718** |

** Le 30 janvier 2012, le Centre d'accueil Dixville a intégré les activités du CNDE. Les opérations du 1er avril au 30 janvier 2012 sont donc incluses dans les états financiers du Centre d'accueil Dixville.*

## 6.3.2 Autorisations d'emprunt

L'Agence a recommandé au MSSS trois autorisations d'emprunt temporaires aux établissements publics au cours de l'exercice 2011-2012. Le tableau suivant présente celles en vigueur au 31 mars 2012.

**SOMMAIRE DES AUTORISATIONS D'EMPRUNTS EN VIGUEUR AU 31 MARS 2012**

| BUDGET RÉGIONAL | MONTANT TOTAL DES BUDGETS |
|---|---|
| Budget de fonctionnement des établissements publics de la région | 769 510 141 $ |

| Nature des autorisations | Montant des emprunts autorisés | Pourcentage du budget régional | Montant réel des emprunts au 31 mars 2012 |
|---|---|---|---|
| **Dépenses courantes de fonctionnement** | | | |
| • Équilibre budgétaire | 55 400 000 $ | 7,199 % | 38 384 233 $ |
| **Dépenses en immobilisations** | | | |
| • Acquisitions autofinancées | 13 737 366 $ | 1,785 % | 4 397 678 $ |
| **Total** | **69 137 366 $** | **8,985 %** | **42 781 911 $** |

Le total des autorisations d'emprunt pour les dépenses courantes de fonctionnement a diminué de 1,6 million de dollars en 2011-2012 passant ainsi de 57 millions au 31 mars 2011, à 55,4 millions au 31 mars 2012. L'Agence ne peut autoriser un total d'emprunts contractés pour des dépenses d'immobilisations à la charge du fonds d'exploitation (acquisitions autofinancées) supérieur à 5,6 millions. Donc, pour obtenir un montant d'emprunts autorisés à 13,7 millions, l'Agence a dû demander une autorisation ministérielle.

## 6.3.3 Objectif de retour à l'équilibre budgétaire

Tout comme pour 2010-2011, le niveau maximal de déficit autorisé en 2011-2012 pour l'ensemble des établissements publics de l'Estrie ne devait pas excéder la somme de 4 731 096 $.

| | 2011-2012 | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Établissements publics** | **Niveau maximum de déficit d'exploitation** | **Montant réel de déficit avant les transferts interfonds** | **Contribution des surplus cumulés** | **Écart avec le déficit autorisé** |
| Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke | 4 731 096 $ | 976 925 $ | — | 3 754 171 $ |
| Centre d'accueil Daville | — | 147 391 $ | 147 391 $ | 0 $ |
| CSSS du Haut-St-François | | 2 091 $ | 2 091 $ | 0 $ |

Compte tenu des coupures budgétaires importantes imposées par le MSSS notamment au projet de loi n° 100 et à d'autres nouvelles mesures d'optimisation, les établissements ont déployés des efforts remarquables en 2011-2012 pour respecter le cadre budgétaire fixé par l'Agence et le MSSS.

Si on tient compte des transferts interfonds, le CHUS termine l'année financière 2011-2012 avec un déficit d'exploitation de 4 395 667 $.

## 6.4 ALLOCATION DES RESSOURCES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

| ORGANISMES COMMUNAUTAIRES | 2011-2012 BASE ANNUELLE | 2010-2011 BASE ANNUELLE |
|---|---|---|
| **Maintien à domicile** | | |
| Aide communautaire de Lennoxville et des environs | 213 012 | 208 019 |
| Centre d'action bénévole de Magog (Carrefour du partage) | 126 714 | 123 745 |
| Centre d'action bénévole de la Missisquoi Nord | 123 890 | 120 986 |
| Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook | 182 290 | 178 018 |
| Centre d'action bénévole de Windsor | 108 660 | 106 114 |
| Centre d'action bénévole du Granit | 203 048 | 198 288 |
| Centre d'action bénévole du Haut Saint-François | 237 766 | 232 193 |
| Centre d'action bénévole R.-H. Reddiex | 126 063 | 123 106 |
| Centre d'action bénévole Valcourt et région | 97 695 | 95 407 |
| Centre de bénévolat de Richmond | 101 130 | 100 908 |
| L'Alliance sherbrookoise pour l'autonomie à domicile | 166 154 | 162 239 |
| La Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc | 195 339 | 190 995 |
| La Société Alzheimer de l'Estrie | 91 801 | 89 649 |
| Rayon de soleil de l'Estrie | 77 497 | 75 661 |
| Le Réseau d'amis de Sherbrooke | 261 485 | 255 357 |
| Semo-ve | 238 726 | 233 131 |
| Les soins palliatifs La Rose des vents de l'Estrie [1] | | |
| **TOTAL – Maintien à domicile** | **2 543 450 $** | **2 483 838 $** |
| **Promotion et services à la communauté** | | |
| Association des proches de personnes atteintes de maladie mentale de l'Estrie | 202 804 | 198 051 |
| Aide communautaire de Lennoxville et des environs (personnes âgées) | 7 524 | 7 348 |
| Animation jeunesse Haut Saint-François | 41 430 | 40 459 |
| Association de la fibromyalgie de l'Estrie | 130 291 | 112 083 |

[1] Les soins palliatifs La Rose des vents de l'Estrie a changé de programme en 2010-2011 pour se retrouver en santé physique.

| ORGANISMES COMMUNAUTAIRES | 2011-2012 BASE ANNUELLE | 2010-2011 BASE ANNUELLE |
|---|---|---|
| Association de la sclérose en plaques de l'Estrie | 146 092 | 142 658 |
| Association de parents PANDA de l'Estrie | 146 080 | 142 656 |
| Association de parents PANDA de l'Estrie | 3 097 | 3 024 |
| Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle (ASDI) | 113 041 | 110 392 |
| Association de spina bifida et d'hydrocéphalie de l'Estrie | 53 023 | 51 780 |
| Association des accidentés cérébraux vasculaires ou traumatisés crâniens Estrie (ACTE) | 259 748 | 253 660 |
| Association des groupes jeunesse de l'Or Blanc | 81 650 | 79 736 |
| Association des sourds de l'Estrie | 53 023 | 51 780 |
| Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA) Estrie (ES) | 29 524 | 28 832 |
| Association du syndrome de Down de l'Estrie | 55 720 | 54 414 |
| Association Épilepsie Estrie | 31 383 | 30 647 |
| Association estrienne pour l'information et la formation des aînés et aînées (AEIFA) | 31 243 | 30 511 |
| Au point 14-18 de Danville | 81 648 | 79 754 |
| Azimut Nord | 43 763 | 42 737 |
| Banque alimentaire Memphrémagog | 91 694 | 89 545 |
| Bulle et Balluchon | 131 776 | 128 688 |
| Centre d'action bénévole de Sherbrooke (CAB) | 61 254 | 59 818 |
| Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (CAB) | 24 944 | 24 359 |
| Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (familles + PPP) | 42 960 | 41 953 |
| Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (P.I.E.D.) | 7 525 | 7 349 |
| Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord (MC) | 16 220 | 15 840 |
| Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord (P.I.E.D.) | 4 018 | 3 924 |
| Centre d'action bénévole de Windsor (CAB) | 11 447 | 11 179 |
| Centre d'action bénévole du Granit (CAB) | 27 664 | 27 016 |
| Centre d'action bénévole du Granit (familles + PPP) | 17 911 | 17 491 |
| Centre d'action bénévole du Granit (P.I.E.D.) | 10 318 | 10 076 |

| ORGANISMES COMMUNAUTAIRES | 2011-2012 BASE ANNUELLE | 2010-2011 BASE ANNUELLE |
|---|---|---|
| Centre d'action bénévole du Haut Saint-François (CAB) | 11 131 | 10 870 |
| Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François (P.I.E.D.) | 8 126 | 7 936 |
| Centre d'action bénévole de Magog (Carrefour du partage) | 2 688 | 2 625 |
| Centre d'action bénévole R.H. Rediker (CAB) | 10 179 | 9 940 |
| Centre d'action bénévole R.H. Rediker (familles) | 18 315 | 17 886 |
| Centre d'action bénévole R.H. Rediker (P.I.E.D.) | 5 169 | 5 048 |
| Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de l'Estrie | 388 552 | 379 445 |
| Centre d'Entraide Plus de l'Estrie | 77 960 | 76 134 |
| Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (familles) | 7 974 | 7 787 |
| Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (violence) | 160 519 | 156 757 |
| Centre de bénévolat de Richmond (CAB) | 15 983 | 15 608 |
| Centre d'action bénévole Valcourt et région (CAB) | 10 179 | 9 940 |
| Centre d'action bénévole Valcourt et région (familles) | 0 | 989 |
| Centre de santé des femmes de l'Estrie | 146 080 | 142 657 |
| Centre des femmes de la MRC du Granit | 185 537 | 181 188 |
| Centre des femmes du Val-Saint-François | 185 727 | 181 374 |
| Centre des femmes du Val-Saint-François (familles) | 27 364 | 25 733 |
| Centre des femmes La Parolière | 185 538 | 181 189 |
| Centre des femmes Lennoxville et environs | 189 959 | 185 507 |
| Centre des femmes Memphrémagog | 185 634 | 181 283 |
| Centre des jeunes de Lennoxville | 82 046 | 80 123 |
| Centre l'Élan | 150 723 | 147 190 |
| Centre pour femmes immigrantes de Sherbrooke | 189 958 | 185 506 |
| Centre Regroupement jeunesse de Rock Forest | 75 684 | 73 910 |
| Coalition sherbrookoise pour le travail de rue | 176 993 | 172 847 |
| Corporation jeunesse Memphrémagog | 98 596 | 96 285 |
| Cuisine collective Le Blé-d'Or de Sherbrooke | 88 963 | 86 876 |
| Cuisines collectives « Bouchée Double » Memphrémagog | 91 694 | 89 545 |

| ORGANISMES COMMUNAUTAIRES | 2011-2012 BASE ANNUELLE | 2010-2011 BASE ANNUELLE |
|---|---|---|
| Cuisines collectives du Haut-Saint-François | 81 658 | 79 744 |
| Diabète Estrie | 53 024 | 51 781 |
| Dysphasie Estrie | 83 321 | 81 368 |
| Élixir ou l'Assuétude d'Ève | 146 082 | 142 658 |
| Étincelles de bonheur du Haut-Saint-François | 77 961 | 76 134 |
| Famille Espoir | 22 205 | 21 685 |
| Famille Plus | 22 205 | 21 685 |
| Handi-capable | 44 549 | 43 505 |
| Intervention régionale et information sur le SIDA (IRIS Estrie) | 21 974 | 21 458 |
| JEVI Centre de prévention du suicide - Estrie | 387 519 | 378 436 |
| L'A.R.C.H.E. de l'Estrie | 205 154 | 200 346 |
| L'Autre-Rive | 146 130 | 142 705 |
| L'Ensoleillée - ressource communautaire en santé mentale | 122 402 | 119 533 |
| L'Escale de l'Estrie | 829 105 | 809 676 |
| La Bouée régionale Lac-Mégantic | 650 732 | 635 480 |
| La Chaudronnée de l'Estrie | 84 128 | 82 156 |
| La Cordée, ressource alternative en santé mentale | 383 618 | 374 627 |
| La Croisée des Sentiers | 114 732 | 112 043 |
| La Cuisine Amitié de la MRC des Sources | 77 961 | 76 134 |
| La Grande Table | 77 961 | 76 134 |
| La Ligue pour l'enfance de l'Estrie | 54 562 | 53 283 |
| La Maison Caméléon de l'Estrie | 55 685 | 54 380 |
| La Maison de l'action bénévole de l'Or blanc (CAB) | 17 212 | 16 809 |
| La Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc (familles) | 4 848 | 4 734 |
| La Maison de la famille du Granit | 29 730 | 29 033 |
| La Maison des familles FamilleAction | 15 676 | 15 309 |
| La Maison des jeunes Actimage | 83 589 | 81 630 |
| La Maison des jeunes de Coaticook | 83 587 | 81 628 |

| ORGANISMES COMMUNAUTAIRES | 2011-2012 BASE ANNUELLE | 2010-2011 BASE ANNUELLE |
|---|---|---|
| La Maison des jeunes de l'Or Blanc | 94 367 | 92 155 |
| La Maison des jeunes de la St-François | 107 116 | 104 605 |
| La Méridienne 1990 | 650 717 | 635 466 |
| La Passerelle de Weedon | 185 633 | 181 282 |
| La Place des jeunes l'Intervalle de Bromptonville | 27 766 | 27 115 |
| La Société Alzheimer de l'Estrie | 146 082 | 142 658 |
| La Source-Soleil | 339 491 | 331 534 |
| Le Comité de la relève de Scotstown | 31 720 | 30 977 |
| Le Domaine de la sobriété | 146 081 | 142 657 |
| Le Pont, organisme de justice alternative | 366 887 | 358 288 |
| Le Réseau d'amis de Sherbrooke | 4 221 | 4 122 |
| Le Rivage du Val-Saint-François | 139 608 | 136 336 |
| Le Seuil de l'Estrie | 193 072 | 188 547 |
| Les Fantastiques de Magog | 77 961 | 76 134 |
| Les Grands frères et grandes soeurs de l'Estrie | 40 802 | 39 845 |
| Les Jeunes du coin d'Ascot | 82 045 | 80 122 |
| Les Soupapes de la bonne humeur | 77 961 | 76 134 |
| Les Soins palliatifs La Rose des vents de l'Estrie | 189 757 | 185 309 |
| Les Tabliers en folie | 93 716 | 91 520 |
| Local des jeunes des Jardins-Fleuris | 13 721 | 0 |
| Maison de la famille de Sherbrooke | 8 028 | 7 839 |
| Maison de la famille Memphrémagog | 29 797 | 29 099 |
| Maison des grands parents de Sherbrooke | 4 087 | 3 991 |
| Maison des jeunes de Fleurimont | 27 766 | 27 115 |
| Maison des jeunes de Waterville - Les Pacifistes | 42 493 | 41 497 |
| Maison des jeunes l'Initiative | 83 234 | 81 283 |
| Maison Jeunes-Est | 207 703 | 202 835 |
| Marraine Tendresse de l'Estrie | 19 960 | 16 896 |

| ORGANISMES COMMUNAUTAIRES | 2011-2012 BASE ANNUELLE | 2010-2011 BASE ANNUELLE |
|---|---|---|
| Morisson-Estrie | 148 732 | 145 246 |
| MomentHom Centre d'entraide pour hommes de l'Estrie | 103 273 | 100 853 |
| Naissance Renaissance Estrie | 177 608 | 173 444 |
| Points Jeunesse du Granit | 99 807 | 97 468 |
| Promotion et défense des droits en santé mentale de l'Estrie (Pro-Def) | 113 148 | 110 496 |
| Rayon de soleil de l'Estrie (personnes âgées) | 17 375 | 16 968 |
| Regroupement des organismes communautaires (ROC) de l'Estrie | 101 827 | 99 440 |
| Réseau d'appui aux familles monoparentales et recomposées de l'Estrie (RAME) | 25 101 | 24 512 |
| Ressources communautaires en santé mentale «L'Éveil» | 114 920 | 112 227 |
| S.O.S. Grossesse (Estrie) | 146 080 | 142 656 |
| S.P.E.C. Tintamarre inc. | 194 330 | 189 775 |
| Santé mentale Estrie | 26 050 | 0 |
| Secours-Amitié (Estrie) | 169 093 | 165 130 |
| Séjour la Bonne Œuvre | 639 775 | 624 780 |
| Sercovie (personnes âgées) | 29 378 | 28 690 |
| Service d'interprétation pour personnes sourdes de l'Estrie | 146 082 | 142 659 |
| Société de l'autisme et des TED de l'Estrie (SATEDE) | 31 382 | 30 646 |
| SPOT Jeunesse de Sherbrooke | 82 046 | 80 123 |
| Unité DOMRÉMY d'Asbestos | 77 961 | 76 134 |
| Unité DOMRÉMY Danville-Shipton | 27 842 | 27 189 |
| Unité DOMRÉMY de Windsor | 14 081 | 13 751 |
| Virage Santé Mentale | 121 672 | 118 821 |
| Zone libre Memphrémagog | 79 137 | 77 280 |
| **TOTAL - Promotion et services à la communauté** | **14 831 876 $** | **14 427 594 $** |
| **GRAND TOTAL** | **17 375 326 $** | **16 911 432 $** |

# ANNEXES

# ANNEXE 1 - Mandats et valeurs de l'Agence

## > Mandats

Les principaux mandats de l'Agence sont définis à l'article 340 de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS) (L.R.Q., chapitre S-4.2). À cette fin, l'Agence a pour objet de :

- assurer la participation de la population à la gestion du réseau;
- assurer le respect des droits des usagères et des usagers;
- s'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagères et aux usagers;
- faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux;
- élaborer le plan stratégique pluriannuel et en assurer le suivi;
- allouer les budgets destinés aux établissements, accorder les subventions aux organismes communautaires et attribuer les allocations financières aux ressources privées;
- coordonner les activités médicales particulières, les activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires (RI) et des résidences privées d'hébergement, et favoriser leur collaboration avec les autres agentes et agents de développement de leur milieu;
- coordonner les services avec ceux offerts dans les autres régions;
- mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes :
  - informer sur l'état de santé de la population, les problèmes de santé prioritaires, les groupes vulnérables, les facteurs de risques, les interventions efficaces;
  - identifier des situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population;
  - mettre en place des mesures de protection de la santé publique;
  - développer une expertise en promotion et en prévention;
  - identifier des situations où une activité intersectorielle s'impose;
- assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles;
- exercer les responsabilités prévues à la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence;
- évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et assurer la reddition de comptes en fonction des cibles nationales et régionales, et en vertu des standards d'accès, d'intégration,
- de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;
- soutenir les établissements dans l'organisation des services;
- intervenir auprès des établissements pour favoriser la conclusion d'ententes de service visant à répondre aux besoins de la population ou, à défaut d'ententes, préciser la contribution attendue de chacun des établissements;
- permettre aux établissements l'utilisation de nombreux modèles d'ententes types;
- s'assurer des mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements;
- développer des outils d'information et de gestion pour les établissements et les adapter à leurs particularités;
- développer des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services, et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus;
- développer des mécanismes de protection, de promotion et de défense des droits des usagères et des usagers;
- exécuter tout autre mandat que le ministre lui confie;
- assurer la sécurité et la confidentialité des renseignements personnels ou confidentiels (article 371);
- élaborer, en tenant compte des orientations déterminées par le ministre et des politiques qu'il établit, et en collaboration avec les établissements et les organismes concernés, des plans régionaux en matière de planification de main-d'œuvre et de développement des ressources humaines, et veiller à leur application (article 376);
- veiller au respect des orientations et des priorités en matière de santé et de bien-être, en regard du respect des priorités définies (article 346);
- délivrer la certification à l'exploitante ou à l'exploitant d'une résidence pour personnes âgées si, après vérification, cet exploitant ou cette exploitante remplit les conditions prévues (article 346.0.7);

- faire une inspection dans une résidence pour personnes âgées dont l'exploitante ou l'exploitant est titulaire d'un certificat de conformité, afin de vérifier dans quelle mesure cette exploitante ou cet exploitant remplit les conditions prévues (article 346.0.8);
- élaborer, en collaboration avec les établissements, un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise, pour les personnes d'expression anglaise, dans les centres exploités par les établissements (article 348);
- favoriser l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux qui est respectueuse des caractéristiques des communautés culturelles, en concertation avec les organismes représentatifs de ces communautés culturelles et les établissements (article 349).

## > Valeurs

### *Le respect*

Le respect consiste en un sentiment de considération, d'égard envers quelqu'un ou quelque chose, manifesté par une attitude déférente envers celui-ci et le souci de ne pas porter atteinte à cette personne ou à cette chose.

Cette première valeur choisie constitue l'assise des valeurs communes du RSSS, et exprime le respect des citoyens et des citoyennes, des groupes, des organisations et des informations transmises sous le couvert de la confidentialité.

Le respect se manifeste également dans les attitudes et dans les comportements à l'égard du personnel, des partenaires du réseau sociosanitaire, dont les organismes communautaires, des partenaires intersectoriels et de la population :

- à l'égard du personnel, des partenaires intersectoriels et de la population, le respect commande l'attention qu'on leur accorde, l'écoute de leurs besoins et de leurs attentes. Le respect de la dignité humaine et de la valeur de chaque personne doit toujours inspirer l'exercice de l'autorité et de la responsabilité;
- à l'égard des partenaires du réseau, dont les organismes communautaires, le respect fait appel à l'ouverture envers ces derniers, qui encadrent et rendent possible l'exercice de la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux. Cette valeur implique une relation de confiance avec les partenaires de travail et envers le RSSS.

### *L'équité*

L'équité est un sentiment de justice naturelle et spontanée, fondée sur la reconnaissance des droits de chacun et de chacune, sans qu'elle soit nécessairement inspirée par les lois en vigueur. C'est également un principe qui conduit à corriger des inégalités que subissent des personnes ou des groupes moins favorisés.

La notion d'équité s'applique d'abord à la population, aux établissements et aux organismes communautaires. Elle s'applique également au personnel.

Cette valeur s'appuie sur les droits et libertés des personnes, et signifie que notre organisation vise un équilibre dans l'accès aux ressources et à la gamme de services de santé et des services sociaux offerts sur l'ensemble du territoire. L'équité suppose que nos procédés ne créent ni préjudice ni désavantage manifeste, et que toutes et tous soient à l'abri d'une forme d'injustice quant aux résultats de nos actions.

L'équité implique une attention particulière aux populations moins favorisées. L'Agence de la santé et des services sociaux tient compte des caractéristiques spécifiques des individus ou des groupes. Le principe d'équité doit s'appliquer dans la gestion, l'organisation et la dispensation des services auprès de la population du territoire.

### *Le partenariat*

Le partenariat désigne un accord formel entre deux ou plusieurs parties qui ont convenu de travailler en coopération dans la poursuite d'objectifs communs.

L'Agence de la santé et des services sociaux reconnaît l'apport essentiel de tous les acteurs du milieu de la santé et des services sociaux de la région de l'Estrie, par le partage de leurs ressources et par leur complémentarité à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

L'Agence de la santé et des services sociaux croit en l'importance d'établir des rapports de collaboration avec les citoyennes et les citoyens, les partenaires, les syndicats et les autres organisations qui se sentent liés, ou qui partagent une responsabilité et des intérêts communs en lien avec le RSSS.

En choisissant cette valeur, l'Agence de la santé et des services sociaux souligne l'importance de développer une coopération avec tous les partenaires du réseau, dont les organismes communautaires et les

partenaires intersectoriels, afin de favoriser une organisation de services intégrés visant à rapprocher les services de santé et les services sociaux de la population, et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau.

*La reconnaissance*

La reconnaissance signifie que l'Agence de la santé et des services sociaux est consciente que son personnel et ses partenaires sont les atouts les plus précieux de son organisation et la clé de son succès. À ce titre, l'Agence les reconnaît et les valorise, entre autres, par de la formation et du soutien à la prise de l'emploi.

La reconnaissance implique la considération des qualités, des compétences et des contributions individuelles et collectives qui génèrent des innovations permettant d'améliorer les soins et les services de santé et les services sociaux. Ces résultats méritent d'être soulignés et mis en valeur. Celles et ceux qui les ont développés doivent pouvoir constater l'appréciation de leur milieu. De plus, tous les efforts pour faire mieux doivent être encouragés et appuyés.

L'Agence reconnaît l'importante contribution des ressources humaines pour l'actualisation de sa mission. La participation et l'engagement du personnel et des partenaires, dont les organismes communautaires, sont essentiels au développement d'une organisation de services intégrés, ainsi qu'à la prestation de services de qualité.

*La performance*

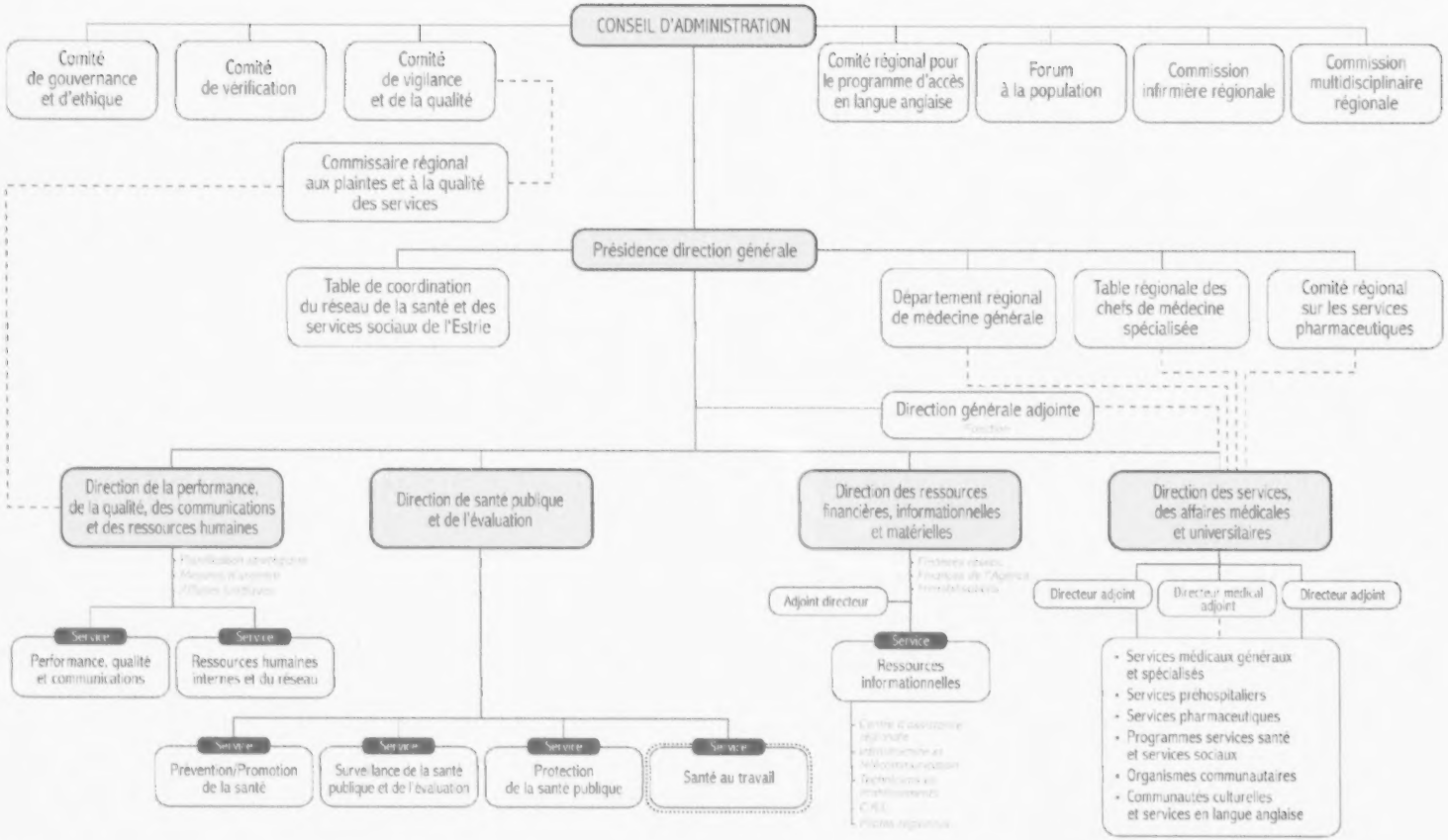
La performance vise l'utilisation optimale des ressources. En retenant la performance au nombre de ses valeurs, l'Agence de la santé et des services sociaux compte faire tous les efforts nécessaires pour assumer ses responsabilités, ses fonctions et les mandats qui lui sont confiés, avec les ressources dont elle dispose et qu'elle gère avec efficacité et efficience.

L'Agence a le souci d'obtenir les meilleurs résultats en utilisant le mieux possible les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles à sa disposition.

L'utilisation optimale des ressources nécessite une approche d'imputabilité rigoureuse et une démarche d'intersectorialité, où la mise en commun des habilités, des connaissances, des perceptions, la recherche constante de solutions plus adéquates, ainsi que l'entraide et le soutien mutuel, contribuent à l'atteinte des meilleurs résultats possibles.

Cette valeur suggère enfin l'importance d'être attentif à saisir les opportunités de développement ou d'optimisation, tout en ayant un souci de premier ordre pour la qualité des services. En ce sens, l'Agence vise à satisfaire, dans le respect des normes, selon les meilleures pratiques et au moindre coût, les besoins et les attentes de la population qu'elle dessert.

# ANNEXE 2 - Organigramme de l'Agence




*Adopté par le C.A. le 15 février 2012*

# ANNEXE 3 - Le code d'éthique et de déontologie des administractrices et administrateurs

Adopté par le conseil d'administration le 27 mars 2001
Révision adoptée le 8 mai 2002 par le conseil d'administration
Révision adoptée par le conseil d'administration, le 16 mai 2007

## Déclaration de principe

*Considérant les fonctions des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie:*

- **d'identifier les priorités relatives aux besoins de la population de l'Estrie;**
- **d'élaborer des orientations relatives aux services à offrir;**
- **de répartir équitablement les ressources mises à la disposition de l'Agence.**

*Considérant la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie:*

***«L'Agence est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, principalement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.»***

*Considérant les valeurs de l'organisation:*

- **la primauté du citoyen;**
- **l'équité;**
- **la transparence;**
- **la reconnaissance;**
- **l'utilisation optimale des ressources.**

Les membres du conseil d'administration ont adopté le code d'éthique et de déontologie suivant pour régir leurs actions.

## > Devoirs et obligations

- À son entrée en fonction, toute administratrice et tout administrateur nommés au conseil d'administration doivent s'engager à respecter le présent code d'éthique et de déontologie, et signer à cet effet l'annexe 1 du présent code. La notion d'administratrice et d'administrateur désigne les membres nommés au conseil d'administration et s'étend à la présidente-directrice générale ou au président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, ainsi qu'à la directrice ou au directeur de la santé publique.
- Les administratrices et les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable avec honnêteté, loyauté, et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de l'Estrie.
- Les administratrices et les administrateurs doivent avoir le souci d'acquérir les connaissances et de requérir l'information pertinente à la prise de leurs décisions.
- Les administratrices et les administrateurs doivent agir avec loyauté en adhérant aux valeurs de l'Agence, en utilisant un langage et un comportement appropriés, et en évitant de causer du tort à l'autorité qu'ils représentent.
- Les administratrices et les administrateurs liés à un groupe d'intérêt peuvent le consulter et lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou est jugée confidentielle par le conseil d'administration.
- Les administratrices et les administrateurs doivent éviter de prendre des décisions partisanes.
- Après l'expiration de son mandat, toute administratrice et tout administrateur continuent de témoigner du respect envers l'Agence et son conseil d'administration.

## > Confidentialité et conflits d'intérêts

- Toute administratrice et tout administrateur doivent éviter tout conflit d'intérêts, ainsi que toute situation susceptible de créer un conflit d'intérêts ou une crainte sérieuse de conflit d'intérêts.
- Chaque administratrice et administrateur doivent poser des gestes dont ils peuvent, lorsqu'ils en sont tenus, discuter ouvertement et sans réserve en public.
- Aucune administratrice et aucun administrateur ne doit rechercher, pour elle ou pour lui, ou pour son entourage, des avantages personnels ou des privilèges dans l'exercice de ses fonctions.
- Toute administratrice et tout administrateur, autres que la présidente-directrice générale ou le président-directeur général, ou la directrice ou le directeur de santé publique, qui ont un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit leur intérêt personnel ou celui du conseil d'administration doivent, sous peine de déchéance de leur charge, dénoncer par écrit leur intérêt au conseil d'administration et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision, lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle ils ont cet intérêt est débattue. En vertu du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q., c.M-30, r.0.1, a.10), la présidente-directrice générale ou le président-directeur général, ou la directrice ou le directeur de santé publique, doit se départir de tout intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association susceptible de la ou de le placer dans une situation de conflit d'intérêts.
- Après l'expiration de leur mandat, toute administratrice et tout administrateur doivent respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion, dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions d'administratrice ou d'administrateur, et qui avait un caractère confidentiel.
- Avant d'entrer en fonction, toute administratrice et tout administrateur doivent signer et remettre au conseil d'administration une déclaration d'intérêt conforme à la déclaration qui apparaît à l'annexe 2 du présent code, et ils doivent amender et compléter cette déclaration dès qu'ils connaissent un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

## > Activités politiques

- Conformément aux articles 20 à 26 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L. R.Q., c. M-30, r.0.1), la présidente ou le président du conseil d'administration, ou la première dirigeante ou le premier dirigeant d'un organisme qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective, doit en informer le secrétaire général du conseil exécutif.
- La présidente ou le président du conseil d'administration, ou la présidente-directrice générale ou le président-directeur général d'un organisme qui veut poser sa candidature à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions. Elle ou il doit alors demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où elle ou il annonce sa candidature.

## > Règles relatives aux assemblées

- L'administratrice et l'administrateur s'engagent à respecter les règlements régissant la procédure des réunions. À ce titre, ils reconnaissent l'autorité du président dans sa légitimité et reconnaissent également la souveraineté de l'assemblée.
- L'administratrice et l'administrateur respectent les droits et les privilèges des autres administratrices et administrateurs.
- L'administratrice et l'administrateur respectent l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; ils demanderont l'huis-clos pour exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne.
- Dans le cadre d'une assemblée, l'administratrice et l'administrateur évitent d'afficher leur position par des signes extérieurs. Ils attendent le moment du débat pour exprimer leur position et conservent une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.
- L'administratrice et l'administrateur ont le droit de faire inscrire nommément leur dissidence au procès-verbal.
- L'administratrice et l'administrateur évitent de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'Agence et de toutes les personnes qui y œuvrent.

## > Intégrité

- L'administratrice et l'administrateur ne doivent pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout avantage ou considération de nature à compromettre leur impartialité, leur jugement ou leur loyauté.
- L'administratrice et l'administrateur ne doivent pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de leurs fonctions.

## > Application du code

- Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.
- Toute personne qui est d'avis qu'une administratrice ou qu'un administrateur ait pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit la présidente ou le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de cette dernière ou ce dernier, la vice-présidente ou le vice-président.
- La présidente ou le président, ou la vice-présidente ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.
- À défaut par la présidente ou le président, ou la vice-présidente ou le vice-président de désigner des personnes chargées de faire enquête, tel que mentionné au paragraphe 6.3, trois administratrices et administrateurs peuvent demander au conseil d'administration de désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.
- L'administratrice ou l'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.
- Les personnes désignées doivent adresser un rapport à la présidente ou au président, ou à la vice-présidente ou au vice-président du conseil d'administration.

- La présidente ou le président, ou la vice-présidente ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administratrices et administrateurs qu'elle ou qu'il désigne.

- À défaut par la présidente ou le président, ou la vice-présidente ou le vice-président, de constituer le comité mentionné au paragraphe 6.7, trois administratrices et administrateurs peuvent demander au conseil d'administration de désigner un tel comité formé de trois administratrices et administrateurs.

- Le comité notifie à l'administratrice ou à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires, ou aux dispositions du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administratrice ou l'administrateur qu'elle ou qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.

- Sur conclusion que l'administratrice ou l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administratrice ou à l'administrateur concerné.

- Le conseil d'administration peut imposer toute sanction qu'il juge appropriée, incluant la réprimande, la suspension, la révocation, la déchéance de charge, le remboursement des avantages pécuniaires reçus en cas de conflit d'intérêts, le tout selon la gravité et la nature de la dérogation.

- Toute sanction doit être communiquée par écrit à l'administratrice ou à l'administrateur concerné.

- Les délibérations de la présidente ou du président, de la vice-présidente ou du vice-président, du comité et du conseil d'administration relatives à l'application du présent titre sont conduites à huis-clos et sont confidentielles. Seuls l'existence et la nature de la sanction imposée et le nom de l'administratrice ou de l'administrateur visé pourront être rendus publics.

- Les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions ne peuvent être poursuivies en justice, en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

## > Publicité du code

- L'Agence doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie à l'intention des administratrices et des administrateurs de l'Agence, à toute personne qui en fait la demande.

- Le rapport annuel de l'Agence doit faire état :
  - du nombre et de la nature des signalements reçus,
  - du nombre de cas traités et de leur suivi,
  - de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées,
  - des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

# ANNEXE 4

## > DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2011-2012 de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie :

- présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2011-2012.

Signée à Sherbrooke, le 31 mai 2011

Johanne Turgeon

**M^me^ Johanne Turgeon**
Présidente-directrice générale

> Fiche de reddition de comptes 2011-2012

| AXE: | MESURES D'OPTIMISATION |
|---|---|
| Objectifs de résultats 2010-2015 | |

| SUJET | ACTIONS RÉGIONALES | ÉTAT D'AVANCEMENT ATTENDU AU 31 MARS 2012 | ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2012 |
|---|---|---|---|
| La téléphonie IP | Élaborer le plan d'affaires, coordonner la migration, assurer la mise en œuvre et identifier les bénéfices régionaux. | Déposer au 11 janvier 2011, le plan régional d'optimisation de la téléphonie.Élément facilitant : 80 % des postes téléphoniques Mitel. | Non réalisé |
| La téléphonie cellulaire | Assurer la mise en œuvre de la politique cadre, établir les besoins de la région, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices. | Déposer un bilan au 31 mars 2012. L'appel d'offre a été réalisé par la CSRE, elle doit générer des économies de 200 000 $ pour la région. | En cours |
| La visioconférence | Coordonner la migration régionale, assurer la mise en œuvre, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices. | Assurer la prise en charge des responsabilités régionales de coordination de la visioconférence pour le 31 juillet 2012. | Réalisé |
| Le courrier électronique | Élaborer le plan de migration, gérer le projet, assurer la fermeture des infrastructures actuelles, revoir l'allocation des ressources et identifierles bénéfices. | Déposer au 31 mars 2012 le plan d'allocation des ressources, l'inventaire des applications, les bénéfices réalisés et un bilan de la mise en œuvre de la politique cadre. | Plan d'allocation des ressources : non réalisé.<br>Inventaire des applications : en cours.<br>Bilan des bénéfices : non réalisé.<br>Bilan de la mise en œuvre : non réalisé. |

| AXE: | MESURES D'OPTIMISATION | | |
|---|---|---|---|
| Objectifs de résultats 2010-2015 | | | |

| SUJET | ACTIONS RÉGIONALES | ÉTAT D'AVANCEMENT ATTENDU AU 31 MARS 2012 | ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2012 |
|---|---|---|---|
| La gestion du parc des postes de travail | Élaborer le plan triennal, gérer le projet, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices. | Déposer au 12 janvier 2011 le plan d'allocation des ressources, l'inventaire des applications, les bénéfices réalisés et un bilan de la mise en œuvre de la politique cadre. | Plan d'allocation des ressources présenté dans le cadre du Maintien des actifs informationnels (MAI) : réalisé.<br><br>Inventaire des applications : en cours.<br><br>Bilan des bénéfices : non réalisé.<br><br>Bilan de la mise en œuvre : non réalisé. |
| Le regroupement des centres de traitement de données | Élaborer le plan régional de regroupement, gérer le projet, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices. | Réduire de 20 % par année le nombre de sites d'hébergement de serveurs de la région. Dresser au 31 mars 2012 un bilan des bénéfices réalisés. | Plan régional et plan d'allocation des ressources : présentés dans le cadre du MAI : réalisé.<br><br>Mise en œuvre du regroupement : en cours.<br><br>Bilan des bénéfices : non réalisé. |
| Les services Info Santé 811 | Collaboration à la transformation. Présenter le plan de gestion des RH selon les orientations retenues par le MSSS. | Collaborer à la transformation selon les orientations ministérielles. | N/A |
| L'énergie | S'inscrire dans les démarches d'atteinte des cibles identifiées par le gouvernement du Québec. Accompagner les établissements dans l'identification des mesures d'économies d'énergie et dans les réalisations des projets. | Projet d'efficacité énergétique en cours au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS). | En cours. |
| L'approvisionnement en commun | Collaborer à la restructuration. | Collaborer à la restructuration. | Réalisé. |

| AXE : | MESURES D'OPTIMISATION |
|---|---|
| Objectifs de résultats 2010-2015 | |

| SUJET | ACTIONS RÉGIONALES | ÉTAT D'AVANCEMENT ATTENDU AU 31 MARS 2012 | ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2012 |
|---|---|---|---|
| La clientèle soutien à domicile (PALV/DP/DI/TED) | Convenir avec chaque établissement de l'augmentation attendue. Favoriser la mise en commun des projets LEAN. Mettre en place une communauté de pratique. | Augmentation du temps présence clientèle soutien à domicile de 1,5 %. Cible de 3 592 heures à atteindre. Dépôt d'un plan d'action au 30 septembre 2011. | Atteinte de l'augmentation de 1,5 %<br><br>Cible de 3 592 heures atteinte<br><br>Plan d'action déposé au MSSS le 7 octobre 2011 |
| La réduction de la main-d'œuvre indépendante : | Collaborer à la mise en œuvre régionale des pistes mises de l'avant par le comité national. | 0,38 % infirmières<br>0,17 % infirmières auxiliaires<br>0,02 % PAB | 0,13 % infirmières<br>0,37 % inf. auxiliaires<br>0,06 % PAB<br>(données P12) |
| La réduction du temps supplémentaire : | Mettre en œuvre les mesures d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre. | Réaliser les mesures de l'an 5 du plan régional<br>4,74 % infirmières<br>2,63 % réseau | 5,07 % infirmières<br>2,98 % réseau<br>(données P12) |
| La gestion de la présence au travail : | Soutenir les actions du chantier d'optimisation régional sur la présence au travail. | 5,12 % d'heures | 5,34 %<br>(donnée P12). |
| La rationalisation et la mise en commun de processus administratifs | Collaborer à l'exercice du travail MSSS-Agences-Établissements. | Mettre en œuvre les corrections identifiées. | La PDG de l'ASSSE est nommée au comité directeur mis en place par le MSSS. |

## COMMENTAIRES (MESURES D'OPTIMISATION)

**Téléphonie IP :**
Une proposition de démarche sera présentée aux directeurs généraux des établissements en septembre 2012.

**Téléphonie cellulaire :**
Le bilan sera transmis au MSSS au plus tard à la fin juin 2012.

**Visioconférence :**
La responsabilité régionale de coordination de la visioconférence est assumée par le RUIS Sherbrooke via son centre de coordination en télésanté (CECOT).

**Courrier électronique :**
L'appel d'offres provincial, toujours en cours, empêche les régions d'actualiser ce dossier.

**Les services Info-Santé 8-1-1 :**
La région de l'Estrie n'est pas ciblée pour la mesure d'optimisation des services d'Info-Santé 811. La région de l'Estrie est à travailler un projet d'offre de service en collaboration avec la région 08.

**Énergie :**
Accompagnement des établissements

- Un sondage fut réalisé auprès des établissements (mesures d'économie d'énergie déjà implantées et planifiées).
- Dépôt du résultat du sondage aux membres de la Table régionale des ressources financières et matérielles (TRRFM).
- À part le CHUS, le CSSS-IUGS et le CSSS de Memphrémagog sont déjà mobilisés dans une démarche d'identification de mesures d'économie d'énergie.

**L'approvisionnement en commun :**
La région est maintenant regroupée avec l'Est.

**Clientèle soutien à domicile (PALV/DP/DI/TED) :**
Les directeurs des programmes en CSSS ont reçu, au printemps 2011, l'information concernant les données de productivité utilisées dans la région. Ce fut le point de départ pour que chacun identifie, selon les situations, les sous-centres d'activités nécessitant un rehaussement des heures de services directs à la clientèle par l'augmentation du nombre d'interventions.

Différents travaux sont en cours pour revoir des processus clinico-administratifs. L'accent est majoritairement mis sur les interventions dans le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) puisque plus de 70 % de l'ensemble des interventions de soutien à domicile de longue durée vont à cette clientèle. De plus, avec les investissements du plan de développement PALV 2011-2013, la région est soucieuse par la révision des pratiques pour permettre que davantage de temps soit passé avec l'usager. Les façons de faire doivent être partagées aux nouveaux membres du personnel comme à ceux déjà en fonction.

Les résultats de projets d'organisation du travail en soutien à domicile dans certains CSSS se feront davantage sentir au cours des prochaines années. Le partage des projets LEAN de même que la mise en place d'une communauté de pratique sont à venir.

**Réduction de la main d'œuvre indépendante, du temps supplémentaire et gestion de la présence au travail :**
Voir explications à la fiche de reddition de comptes pour les indicateurs 3.01, 3.05 et 3.06.

---

**Nom : Johanne Turgeon Date : 31 mars 2012**

| AXE: | ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES |
|---|---|
| Objectifs de résultats 2010-2015 | |

| SUJET | ACTIONS RÉGIONALES | ÉTAT D'AVANCEMENT ATTENDU AU 31 MARS 2012 | ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2012 |
|---|---|---|---|
| L'inscription aux guichets d'accès | Mise en place des guichets d'accès, diffusion des coordonnées et inscription de toutes les clientèles. | Tous les CSSS ont diffusé les coordonnées et ont inscrit toute leur population. | Réalisé |
| Déploiement des GMF | Leadership exercé par les CSSS. | Un GMF à développer. | Non réalisé |
| Durée moyenne de séjour à l'urgence | L'Agence fixe la cible et convient d'une stratégie d'action. | Atteinte de la cible < 12 heures. | 12,4 heures |
| Accès aux services spécialisés de chirurgie | Stratégie et /ou plan d'action pour atteindre les objectifs. | Nombre de patients opérés à l'intérieur de 6 mois<br>Aucun patient en attente > de 12 mois. | 93 % des demandes sont réalisées à l'intérieur de 6 mois.<br>7,9 % des demandes en attente depuis plus de 12 mois. |
| Accès aux services d'endoscopie | Révision des processus et implantation de zone(s) franche(s). Mise en place de centrale(s) de RD.<br>2e offre au patient. | Révision de l'offre de service. | Non réalisé |
| Accès aux services d'imagerie | Révision des processus et implantation de zone(s) franche(s). Mise en place de centrale (s) de RD. | Suivi d'indicateurs régionaux en imagerie médicale en conformité avec les cibles proposées pour une amélioration annuelle. | Réalisé |
| Accès au continuum de services AVC | Participer à la désignation des centres tertiaires et à la mise en place des corridors de services. | Une entente signée. | En cours |

| AXE: | ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES |
|---|---|

Objectifs de résultats 2010-2015

| SUJET | ACTIONS RÉGIONALES | ÉTAT D'AVANCEMENT ATTENDU AU 31 MARS 2012 | ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2012 |
|---|---|---|---|
| Accès au continuum de services de cardiologie | Participer à la définition et la mise en place des corridors de services | Les corridors de services ont été définis et mis en place.<br>Respect des délais<br>< 45 minutes Sherbrooke<br>< 120 minutes<br>Drummondville, Arthabaska et Thetford Mines | En cours |
| Accès au continuum de services pour la douleur chronique | Soutien à l'organisation de services et participer à la définition et la mise en place des corridors de services.. | Centre régional identifié. | En cours |
| Configuration des services médicaux | Collaboration et dépôt du PREM en spécialité<br>2012-2015. | Préparation et dépôt du plan de déploiement des effectifs médicaux. | Réalisé |
| Laboratoires | Collaboration à l'opération provinciale | Collaborer à l'opération provinciale. | Réalisé |
| Traumatologie | Soutenir à l'évolution du processus d'optimisation.<br>Participer à l'implantation des orientations qui en découlent. | Implantation des orientations. | En cours |
| L'accès aux services de santé mentale à la population | Niveau d'atteinte du plan d'optimisation.<br>Dépôt du plan visant l'accessibilité, la hiérarchisation et la mise en place de corridors de services. | Nombre de corridors de services et d'équipe(s) mis en place. | En cours |
| L'accès aux services de psychiatrie légale | Appui à la mise en place du réseau hiérarchisé. | Participation aux travaux | Réalisé |

## COMMENTAIRES

**Inscription aux guichets d'accès :**
Maintien du suivi des données au « Rapport clientèle orpheline » à chacune des périodes.

**Déploiement des GMF :**
Voir indicateur 1.09.25.

**Accès aux services spécialisés de chirurgie :**
En 2011-2012, 93 % des demandes de chirurgie élective ont été réalisées à l'intérieur de 6 mois, avec une durée moyenne d'attente de 9,4 semaines.

Au 31 mars 2012, 7,9 % des demandes disponibles pour une chirurgie élective étaient en attente depuis plus de 12 mois.

Un partenariat de zone franche entre le CHUS et le CSSS de Memphrémagog se poursuit pour l'utilisation du bloc opératoire au CSSS de Memphrémagog.

À l'automne 2011, le CHUS a élaboré un plan d'action pour favoriser l'accessibilité au bloc opératoire.

L'accès aux services spécialisés de chirurgie est une priorité pour l'Agence de l'Estrie, les objectifs sont que 90 % des patients soient opérés à l'intérieur de 6 mois et qu'aucun patient ne soit en attente depuis plus de 12 mois.

**Accès aux services d'imagerie :**
Les indicateurs nationaux sont en place et nous pouvons en assurer le suivi depuis janvier 2012. Le délai moyen d'attente pour la clientèle élective non urgente s'est grandement amélioré depuis 2010 grâce à l'établissement de zones franches et divers travaux réalisés dans les CSSS et au CHUS.

Voici quelques résultats au CHUS :

| | Au 31 mars 2010 | 1er mai 2012 |
|---|---|---|
| Échographie abdominale | 47 semaines | 13 semaines |
| Tomodensitométrie (tous les types d'examens) | 76 semaines | 4 semaines |
| Résonance magnétique (tous les types d'examens) | 58 semaines | 14 semaines |

Il n'en demeure pas moins que le délai d'attente pour certains types d'examens (ex. échographie mammaire) est beaucoup trop long et que les travaux doivent se poursuivent ainsi que la vigie.

Nous tenons à souligner la collaboration des CSSS suivants : Des Sources, Granit, Memphrémagog, dans la mise en place de zones franches.

**Accès au continuum de services AVC :**
Les travaux sont en cours afin de répondre aux critères de la « matrice d'évaluation », et ce, dans l'obtention de l'accréditation du centre tertiaire. Une visite ministérielle est prévue à la fin de l'automne 2012 pour une évaluation sommaire en vue de l'accréditation au cours de l'an 2013.

**Accès au continuum de services de cardiologie :**
Rencontres des instances concernées débutées (Département régional de médecine générale (DRMG), Direction des services professionnels (DSP), Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRCDMS), gestionnaires des unités d'urgence). Formulaire prêt à diffuser et à déployer au cours de l'automne 2012 dans les établissements de l'Estrie. Adoption du continuum par le Comité directeur du programme Santé physique prévue le 7 juin 2012.

**Accès au continuum de services pour la douleur chronique :**
Le Centre de réadaptation Estrie (CRE) est désigné via le consortium en douleur chronique de Sherbrooke.

**Configuration des services médicaux :**
La planification quinquennale 2010-2015 est complétée. L'attribution des postes complétée en décembre 2011.

**Laboratoires :**
Depuis le mois de novembre 2011, l'Agence de l'Estrie a participé à des rencontres avec le MSSS au sujet du dossier OPTILAB. En 2011-2012 des travaux ont été effectués dans la région relativement à la consolidation de la hiérarchisation des analyses, le respect des corridors de service RUIS, l'abolition de la facturation interrégionale, la désignation des analyses suprarégionales et l'intégration des laboratoires de biologie médicale au Continuum Ariane Estrie.

De plus, un bilan du plan d'action 2006-2009 de l'organisation des services de biologie médicale en Estrie est en cours, duquel découlera un plan d'action qui permettra de poursuivre les travaux en collaboration avec l'opération provinciale.

**Traumatologie :**
Le Plan d'action découlant du Plan directeur régional de traumatologie et du Modèle d'organisation de services pour les cas de Traumatisme crânien cérébral léger (TCCL) est en cours d'élaboration. De plus, des ententes interétablissements sont en voie d'être conclues pour les clientèles suivantes : Traumatologie, victimes de brûlures graves et blessés médullaires.

**Accès aux services de santé mentale à la population :**
On compte une équipe en place dans chaque CSSS pour l'accès aux services de santé mentale à la population.

**Accès aux services de psychiatrie légale :**
Une équipe est en place au CHUS.

---

**Nom : Johanne Turgeon  Date : 31 mars 2012**

| AXE D'INTERVENTION: | PRÉVENTION DANS LES CONTINUUMS DE SERVICES |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 1.1.1 Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP) |
| | 1.1.2 Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants :<br>• infections transmissibles sexuellement et par le sang<br>• habitudes de vie et maladies chroniques<br>• chutes chez les personnes âgées<br>• suicide |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 1.01.20 – Pourcentage moyen d'implantation des activités du Programme national de santé publique (PNSP) | 87,2 % | 85,0 % | N/D |
| 1.01.21 – Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien | 58,5 % | 66,6 % | N/D |

## COMMENTAIRES

Résultats non disponible en date du 30 mai 2012.
Reddition de compte requise par le MSSS aux deux ans, la prochaine ayant lieu en 2013.

**Nom : Natalie Stronach (1.01.20) et Irma Clapperton (1.01.21) Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | SERVICES MÉDICAUX ET INFIRMIERS |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents) |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 1.09.25 – Nombre total de Groupes de médecine de famille (GMF) implantés | 13 | 14 | 13 |

## COMMENTAIRES

Le nombre total de GMF implantés en Estrie est demeuré à 13, en 2011-2012, étant donné que le projet de créer un nouveau GMF sur le territoire de Sherbrooke avec les cliniques médicales de Galt et de Belvédère ne s'est pas encore concrétisé. Des démarches sont en cours afin que ce nouveau GMF soit implanté le plus rapidement possible, en 2012-2013.

**Nom : Jonathan Keays** **Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | SERVICES MÉDICAUX ET INFIRMIERS |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 3.07 – Nombre d'IPS en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne | 3 | 7 | 5 |

**COMMENTAIRES**

En raison de difficultés de recrutement, deux établissements n'ont pu procéder à l'embauche d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-SPL) pour l'année 2011-2012.

**Nom : André Jalbert** **Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | SERVICES PSYCHOSOCIAUX |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 2.1.4 Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 1.02.05 – Pourcentage de régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psycho sociaux | Réalisé | Réalisé | Réalisé |
| 1.02.04 – Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de 4 minutes ou moins | 79,6 % | 80,0 % | 83,4 % |

## COMMENTAIRES

Le Comité directeur du programme Services généraux est à revoir son plan d'action 2012-2013 dont l'un des objectifs concerne le volet Info-Social, et ce, afin de tendre vers la cible 2015 qui est de 90 %.

**Nom : Audrey-Anne Simard** **Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES OU DE CANCER |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 2.2.1 Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un continuum de soins |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 1.09.39 – Pourcentage de territoires locaux où est implanté un programme d'autogestion et de réadaptation | 100 % | 100 % | 100 % |

**COMMENTAIRES**

L'indicateur 1.09.39 n'a pas été suivi en 2011-2012.
En attente des travaux du MSSS.

**Nom : Audrey-Anne Simard** **Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES OU DE CANCER |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 2.2.2 Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et pour leurs proches |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 1.09.40 – Pourcentage des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer disposant d'une infirmière pivot dans un délai de 48 heures | N/D | N/D | N/D |

**COMMENTAIRES**

Cet indicateur n'a pas été suivi en 2011-2012.
En attente des travaux du MSSS.

**Nom : Karina Gauthier** **Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | JEUNES EN DIFFICULTÉ, PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET PERSONNES AUX PRISES AVEC UNE DÉPENDANCE |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 2.2.3 Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté |
| | 2.2.4 Favoriser la continuité des soins et la stabilité des liens pour les enfants placés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse |
| | 2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 1.06.10 – Pourcentage de territoires locaux où un programme d'intervention en négligence reconnu efficace est offert | N/D | 100 % | 100 % |
| 1.06.11 – Pourcentage de territoires locaux où un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace est offert | N/D | 15 % | 0 % (En implantation) |
| 1.06.14 – Taux de resignalement suivant la fin de l'application des mesures en protection de la jeunesse | N/D | Diminution | N/D |
| 1.06.13 – Durée moyenne de placements | N/D | Diminution | N/D |
| 1.06.12 – Nombre moyen de déplacements vécus par l'enfant/jeune au cours d'une période de trois ans à compter de sa prise en charge | N/D | Diminution | N/D |

## COMMENTAIRES

**1.06.10 – Pourcentage de territoires locaux où un programme d'intervention en négligence reconnu efficace est offert**
Le programme Réseau Parent'AISE est développé en Estrie depuis 2009. Actuellement, le suivi psychosocial avec une approche participative avec les familles, est disponible sur tous les territoires locaux. Pour consolider l'offre de service, les activités collectives seront développées dans la prochaine année partout en Estrie. Il faut souligner l'implication des établissements et des partenaires aux différentes activités locales et régionales pour actualiser l'offre de service du programme et pour développer une vision commune des besoins des jeunes et des familles vivant dans un contexte de négligence ainsi que des services requis.

**1.06.11 – Pourcentage de territoires locaux où un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace est offert**
Le CSSS de Memphrémagog a été désigné comme établissement mandataire de la coordination du programme. Le coordonnateur régional a été embauché en février 2012 et un comité de suivi a également été mis en place dans la dernière année. L'implantation des services est en cours et se poursuivra jusqu'au 1er avril 2013 dans tous les territoires locaux.

**1.06.14 – Taux de resignalement suivant la fin de l'application des mesures en protection de la jeunesse**
Révision de la fiche en mars 2012, des extractions de données permettront une mesure de départ.

**1.06.13 – Durée moyenne de placements**
Fiches en cours d'élaboration au MSSS.

**1.06.12 – Nombre moyen de déplacements vécus par l'enfant/jeune au cours d'une période de trois ans à compter de sa prise en charge**
Fiches en cours d'élaboration au MSSS.

---

**Nom : Josianne Desnoyers** **Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | JEUNES EN DIFFICULTÉ, PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET PERSONNES AUX PRISES AVEC UNE DÉPENDANCE |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves |
| | 2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 1.08.09 – Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC) | 4 080 | 4 079 | 4 363 |
| 1.08.06 – Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services | 7,8 | 32 | 24 |
| 1.08.05 – Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services | 246,8 | 419 | 221 |

## COMMENTAIRES

**1.08.09 – Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)**
La méthode de calcul de cet indicateur a changé en 2011-2012 pour considérer seulement les usagers de l'équipe dédiée Santé mentale 1re ligne. Malgré ce changement, la région a dépassé la cible de 2 % de la population desservie.

**1.08.06 – Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services**
On observe une augmentation significative du nombre de places en suivi intensif dans le milieu. Depuis le 24 janvier 2011, l'équipe du CHUS prend en charge la clientèle de Sherbrooke. Un modèle de prise en charge régionale est attendu à l'automne 2012.

**1.08.05 – Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services**
Pour l'année 2011-2012, le CSSS-IUGS a un résultat de 34 usagers de moins que l'année précédente expliqué par l'organisation différente des équipes. La répartition des usagers suivis entre la santé mentale 1re ligne et le soutien d'intensité variable sera revue. Cinq des six autres CSSS de la région desservent une population de moins de 20 000 personnes, ce qui rend difficile la mise en place d'une équipe dédiée en soutien d'intensité variable.

**Nom : Marie-Hélène Ferragne** **Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | JEUNES EN DIFFICULTÉ, PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET PERSONNES AUX PRISES AVEC UNE DÉPENDANCE |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 1.07.05 – Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de 1re ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS | N/D | Augmentation | 323 |

**Nom : Marie-Thérèse Payre** **Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE ET LEUR FAMILLE |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 2.2.8 Assurer la coordination des services dispensés par plusieurs établissements aux personnes ayant une déficience et à leur famille |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 1.55 – Nombre de personnes ayant une déficience pour qui, dans l'année de référence, un plan de services individualisé (PSI) a été coordonné par l'établissement | N/D | Augmentation | N/D |

**COMMENTAIRES**

Cet indicateur n'a pas été suivi en 2011-2012.
En attente des travaux du MSSS.

**Nom : Saunia Caron** **Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 1.03.06 – Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux de services | 72,08 % | 72,00 % | 75,33% |

**COMMENTAIRES**

La région de l'Estrie poursuit la consolidation des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie. Selon les établissements, le gain moyen pour trois établissements est de 2 points de %, alors que pour un autre, il a su déployer des efforts pour rejoindre les autres CSSS avec un résultat de plus 75 %. Les trois autres CSSS ont connu une baisse moyenne de 1 point.

La région se démarque encore avec la plus grande proportion (44,2 %) d'évaluations multiclientèle (OÉMC) faite par rapport au nombre de personnes ayant reçu des services de soutien à domicile, alors que cette donnée se chiffre à 27,7 % à l'échelle provinciale. La pratique de complétion de l'OÉMC est bien établie dans la région.

La cible provinciale d'un degré d'implantation à 70 % d'ici 2015 est déjà atteinte. Nous avons six des sept CSSS qui affichent un taux supérieur à 70 %.

**Nom : Louise Constantin Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | ADAPTATION DES SERVICES |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 2.3.2 Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 1.03.07 – Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier | N/D | 50 % | N/D |
| 1.03.09 – Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des préalables reliés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée | 80 % | 100 % | 100 % |

## COMMENTAIRES

**1.03.07 – Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier**

Tel qu'il est établi avec le MSSS, la mise en place de la majorité des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier sera mesurée selon le calendrier établi, dès la période 3 de 2012-2013. La donnée n'est pas disponible au 31 mars 2012.

**1.03.09 – Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des préalables reliés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée**

En Estrie, cinq établissements sont concernés par cet indicateur.

De façon détaillée, les préalables concernant l'utilisation du PRISMA-7 à l'urgence de même que la présence d'un intervenant de liaison à l'urgence dédié à la clientèle des personnes âgées vulnérables et qui assure les liens interétablissements sont présents dans les cinq établissements. La mise en place et l'application des mécanismes de suivi des repérages positifs est présent dans quatre des cinq établissements.

Enfin, un seul établissement a un programme de marche. Les autres prévoient mettre en œuvre leur programme au cours de l'année 2012-2013.

En 2012-2013, les établissements auront déposé leur diagnostic organisationnel au terme de la troisième période. Il est prévu d'élaborer et de débuter la mise en œuvre d'un plan d'action régional en lien avec la structure de découpage de projet dès l'automne 2012.

**Nom : Louise Constantin Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 2.4.2 Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 1.03.05.01 — Nombre total d'heures de services de soutien à domicile de longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS) | 297 192 | 321 443 | 351 656 |

**COMMENTAIRES**

Tous les modes de dispensation de services ont connu une augmentation.

Parmi les programmes-services concernés, la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) est celle qui a reçu le plus grand nombre d'heures de services. L'ajout d'heures par les professionnels, les auxiliaires de la santé et des services sociaux (ASSS) de même que l'achat d'aide pour cette clientèle correspond à 25 % d'augmentation par rapport à l'année précédente.

**Nom : Louise Constantin Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | DIVERSIFICATION DES MILIEUX DE VIE |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 2.4.3 Augmenter et diversifier l'offre de milieux de vie accessibles aux personnes ayant des incapacités significatives et persistantes (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes atteintes de déficience, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et autres) |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 1.03.08 – Nombre de places en ressources résidentielles de proximité | N/D | Augmentation | 1 954[1] |

## COMMENTAIRES

L'augmentation et la diversification de l'offre de milieux de vie ont été rendues possibles, entre autres, grâce au budget de développement pour le programme-services Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) 2011-2012. Cette mesure a permis la mise en place de différents milieux de vie davantage adaptés aux besoins des usagers. Le continuum entre le domicile et l'hébergement permanent est maintenant beaucoup plus flexible, ce qui favorise au maximum l'autonomie des personnes concernées.

**En 2010-2011,** un total de 54 places en déficience physique (DP), 539 places en déficience intellectuelle – troubles envahissants du développement (DI-TED), 198 places en PALV et 137 en santé mentale ont été recensées dans SIRTF, soit un grand total de **928 places** répertoriées pour l'indicateur 1.03.08. Il est à noter que le nombre de places en RI RTF pour le programme-service Jeunes en difficulté (JED) n'était pas suivi en 2010-2011.

Voici l'augmentation du nombre de places pour **2011-2012** :

**DP**

- Augmentation de 1 place reconnue en ressources intermédiaires (RI) ou en ressources de type familial (RTF)
- Augmentation de 6 places en ressources non institutionnelles (RNI)

**DI-TED**

- Augmentation de 5 places reconnues en RI ou en RTF
- Augmentation de 14 places en RNI

**PALV**

- Augmentation de 4 places reconnues en RI
- Augmentation de 74 places en RNI

**SM**

- Diminution de 121 places reconnues en RI ou en RTF
- Augmentation de 68 places en RNI

La diminution du nombre de places en santé mentale RI-RTF était planifiée dans le Plan d'action en santé mentale 2008-2013 de la région. Ces places sont comblées par les mesures de soutien et achats de places privées.

**JED**

- 519 places reconnues en RI ou en RTF

**[1] Mesure de soutien**

Montant versé par un établissement à un usager (ou directement à la ressource si l'usager n'a pas la capacité de gérer son budget) vivant à domicile ou en ressource privée dans l'objectif que ce dernier puisse acheter des services ou recevoir des soins nécessaires à sa condition. La personne ainsi que les services ou soins supplémentaires qu'elle nécessite sont identifiés par l'établissement selon des critères internes. L'objectif est d'éviter ou de retarder le moment où cette personne sera prise en charge en hébergement public. Ce type de mesures vise à offrir la réponse la plus adaptée afin que l'usager puisse demeurer le plus longtemps possible dans son milieu de vie naturel.

- Augmentation de 40 mesures de soutien à l'usager en PALV (non comptabilisable dans 1.03.08).
- Augmentation de 56 mesures de soutien à l'usager en santé mentale (non comptabilisable dans 1.03.08).

---

**Nom : Charles Lamontagne** **Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | SERVICES SOCIAUX ET DE RÉADAPTATION |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis<br>• pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours<br>• pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR<br>• pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 1.45.04.01 – Taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique – Priorité Tous | N/A | 90 % | 92,3 % |
| 1.45.04.02 – Taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique – Priorité Urgent | N/A | 90 % | 100 % |
| 1.45.04.03 – Taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique – Priorité Élevé | N/A | 90 % | 95,2 % |
| 1.45.04.04 – Taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique – Priorité Modéré | N/A | 90 % | 90 % |
| 1.45.04.05 – Taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique – Priorité Tous | N/A | 90 % | 98,5 % |
| 1.45.04.06 – Taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique – Priorité Urgent | N/A | 90 % | Aucune demande de niveau Urgent |
| 1.45.04.07 – Taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique – Priorité Élevé | N/A | 90 % | 92,2 % |
| 1.45.04.08 – Taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique – Priorité Modéré | N/A | 90 % | 100 % |

## COMMENTAIRES (OBJECTIF 3.1.1 – DÉFICIENCE PHYSIQUE)

**Pour les CSSS**

L'ensemble des CSSS ont atteint la cible fixée par le MSSS. La validation de la banque I-CLSC, pour les éléments « Objet de la demande » et « Profils d'intervention », permet de présenter des résultats plus justes. En juin dernier, une rencontre des gestionnaires locaux du plan d'accès a permis aux établissements de partager leurs outils de gestion internes pour la codification et la priorisation des demandes, l'objectif étant d'éviter les erreurs et d'améliorer les résultats. Les résultats obtenus en fin d'année laissent entrevoir une amélioration. Dans l'interprétation des résultats, il est important de considérer que pour plusieurs indicateurs, il s'agit de petits nombres.

**Pour le Centre de réadaptation Estrie (CRE)**

Respect des délais prévus au plan d'accès

**Globalement**

Dans le cadre de sa tournée des régions, le MSSS a informé l'Estrie que le respect des délais d'accès s'était amélioré de façon générale. Cependant, une légère baisse a été enregistrée au CRE pour le niveau de priorité élevé. De plus, la région se situe favorablement par rapport à la moyenne nationale pour tous les établissements et tous les niveaux de priorité.

**Nom : Saunia Caron** **Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | SERVICES SOCIAUX ET DE RÉADAPTATION |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :<br>• pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours<br>• pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR<br>• pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 1.45.05.01 – Taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED – Priorité Tous | N/A | 90 % | 86 % |
| 1.45.05.02 – Taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED – Priorité Urgent | N/A | 90 % | 100 % |
| 1.45.05.03 – Taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED – Priorité Élevé | N/A | 90 % | 85,7 % |
| 1.45.05.04 – Taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED – Priorité Modéré | N/A | 90 % | 85,4 % |
| 1.45.05.05 – Taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED – Priorité Tous | N/A | 90 % | 77,42 % |
| 1.45.05.06 – Taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED – Priorité Urgent | N/A | 90 % | Aucune demande de niveau Urgent |
| 1.45.05.07 – Taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED – Priorité Élevé | N/A | 90 % | 67,44 % |
| 1.45.05.08 – Taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED – Priorité Modéré | N/A | 90 % | 83,75 % |

## COMMENTAIRES (OBJECTIF 3.1.1 – DI-TED)

**Pour les CSSS**

L'ensemble des CSSS ont atteint la cible fixée par le MSSS. La validation de la banque I-CLSC, pour les éléments « Objet de la demande » et « Profils d'intervention », permet de présenter des résultats plus justes. En juin dernier, une rencontre des gestionnaires locaux du plan d'accès a permis aux établissements de partager leurs outils de gestion internes pour la codification et la priorisation des demandes, l'objectif étant d'éviter les erreurs et d'améliorer les résultats. Les résultats obtenus en fin d'année laissent entrevoir une amélioration. Dans l'interprétation des résultats, il est important de considérer que pour plusieurs indicateurs, il s'agit de petits nombres.

**Pour le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED) Estrie**

En cours d'année, l'établissement a signifié une augmentation importante de nouvelles demandes et un problème de ressources humaines (manque de disponibilité des ressources) pour le programme Intervention Comportementale Intensive (ICI). Des mesures ont été mises en place et le financement additionnel reçu (non récurrent) sera utilisé afin d'améliorer les résultats.

Dans le cadre de sa tournée des régions, le MSSS a informé l'Estrie que le respect des délais d'accès s'était amélioré de façon générale pour les CSSS, entre 2009-2010 et 2010-2011, en DI-TED (de 0 % à 100 % pour le niveau de priorité urgent et de 46,2 % à 90,5 % pour le niveau de priorité élevé).

Cependant, une légère baisse a été enregistrée au CRDITED Estrie pour le niveau de priorité élevé. De plus, la région se situe favorablement par rapport à la moyenne nationale pour tous les établissements et tous les niveaux de priorité.

**Nom : Saunia Caron** **Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | SERVICES SOCIAUX ET DE RÉADAPTATION |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :<br>• pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours<br>• pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR<br>• pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 1.45.45.01 – Taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant : Toutes déficiences, tous âges et de tous lieux – Toutes priorités | N/A | 90 % | 93.2 % |
| 1.45.45.02 – Taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant : Toutes déficiences, tous âges et de tous lieux - Priorité Urgent | N/A | 90 % | 87.5 % |
| 1.45.45.03 – Taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant : Toutes déficiences, tous âges et de tous lieux - Priorité Élevé | N/A | 90 % | 90.7 % |
| 1.45.45.04 – Taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant : Toutes déficiences, tous âges et de tous lieux - Priorité Modéré | N/A | 90 % | 95.7 % |

**COMMENTAIRES (OBJECTIF 3.1.1 – RÉGIONALE)**

**Nom : Saunia Caron** **Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | SERVICES SOCIAUX ET DE RÉADAPTATION |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 3.1.2 Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 1.07.04 – Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins | 55 % | 60 % | 73 % |

| COMMENTAIRES |
|---|
| |

**Nom : Marie-Hélène Ferragne** **Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | MÉDECINE ET CHIRURGIE |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 1.09.20.01 - Pourcentage de patients inscrits au mécanisme centrale traités dans les délais pour une arthroplastie total de la hanche | 90 % | 100 % | 90 % |
| 1.09.20.02 - Pourcentage de patients inscrits au mécanisme centrale traités dans les délais pour une arthroplastie total du genou | 86 % | 100 % | 86 % |
| 1.09.20.03 - Pourcentage de patients inscrits au mécanisme centrale traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte | 98 % | 90 % | 98 % |
| 1.09.20.04 - Pourcentage de patients inscrits au mécanisme centrale traités dans les délais pour une chirurgie d'un jour (à l'exception de la chirurgie de la cataracte) | 91 % | 90 % | 92 % |
| 1.09.20.05 - Pourcentage de patients inscrits au mécanisme centrale traités dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation (à l'exception de la chirurgie de la cataracte et des arthroplasties de la hanche et du genou) | 93 % | 90 % | 90 % |

## COMMENTAIRES

**1.09.20.01 - Pourcentage de patients inscrits au mécanisme centrale traités dans les délais pour une arthroplastie total de la hanche**
et
**1.09.20.02 - Pourcentage de patients inscrits au mécanisme centrale traités dans les délais pour une arthroplastie total du genou**

Les cibles des indicateurs ne sont pas atteintes. Toutefois, au 31 mars 2012 :

- aucun patient n'était en attente depuis plus de 6 mois pour une arthroplastie totale de la hanche;
- 3 patients étaient en attente depuis plus de 6 mois pour une arthroplastie totale du genou.

L'entente en orthopédie – prothèse totale du genou au CSSS de Memphrémagog entre le CSSS de Memphrémagog et le CHUS se poursuit pour l'utilisation du bloc opératoire au CSSS de Memohrémagog.

De plus, afin de favoriser l'accessibilité au bloc opératoire, le CHUS a élaboré un plan d'action à l'automne 2011.
Pour l'année 2012-2013, un dossier prioritaire pour l'Agence de l'Estrie est d'éliminer toutes les demandes de chirurgie avec plus de 6 mois d'attente.

**Nom : Karina Gauthier** **Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | MÉDECINE ET CHIRURGIE |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 3.1.4 Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis |
| | 3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 1.09.08 – Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie – Catégorie A | 98 % | 100 % | 94 % |
| 1.09.08 - Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie – Catégorie B | 89 % | 90 % | 87 % |
| 1.09.09 - Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis chirurgie cardiaque – Catégorie A | 95 % | 100 % | 75 % |
| 1.09.09 - Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis chirurgie cardiaque – Catégorie B | 73 % | 90 % | 35 % |
| 1.09.10 - Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis électrophysiologie – Catégorie A | 93 % | 100 % | 100 % |
| 1.09.10 - Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis électrophysiologie – Catégorie B | 27 % | 60 % | 52 % |
| 1.09.07 – Proportion des patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie | 97,9 % | 97,0 % | 99.4 % |
| 1.09.33.01 – Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours (de calendrier) | 54,4 % | 90 % | 46 % |

## COMMENTAIRES (OBJECTIFS 3.1.4 ET 3.1.5)

**1.09.09 – Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis chirurgie cardiaque – Catégorie B**
Un manque de ressources humaines (perfusionnistes, anesthésistes, infirmières) ainsi que les disponibilités opératoires limitées en raison de leurs répartitions entre l'ensemble des spécialités chirurgicales expliquent la non atteinte des cibles.

Un corridor de service permettant de diriger les usagers vers d'autres établissements a été mis en place afin de maintenir l'accès à la chirurgie cardiaque. De plus, le CHUS a signé une entente avec l'Institut de cardiologie de Montréal pour le prêt de service d'un perfusionniste.

**1.09.07 – Proportion des patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie**
Afin d'atteindre la cible, le suivi des délais s'est poursuivi de façon rigoureuse au cours de l'année 2011-2012. Des heures supplémentaires et la réorganisation constante du service de radio-oncologie font partie des stratégies utilisées et modulées en fonction de la clientèle à desservir afin de maintenir le taux d'accès à 100 %.

**1.09.33.01 – Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours (de calendrier)**
La majorité des chirurgies oncologiques sont réalisées au CHUS. L'écart entre les résultats 2011-2012 et la cible peut également s'expliquer par le manque de ressources humaines. Néanmoins, malgré la difficulté à respecter le délai inférieur à 28 jours, le nombre de chirurgies oncologiques réalisées a connu une croissance 10 % entre 2010-2011 et 2011-2012.

Dans le plan d'action du bloc opératoire du CHUS, les responsables ont prévu l'ajout de 2 salles avec anesthésie au cours de l'année 2012-2013. Cette mesure contribuera à améliorer l'accessibilité à la chirurgie, en général dont, entre autres, la chirurgie oncologique.

**Nom : Karina Gauthier** **Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | URGENCES |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière (pour un problème de santé mentale)<br>* Plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 1.08.07 – Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale | 28,4 | < 18,0 | 23,8 |
| 1.08.08 – Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale | 19,3 % | 0,0 % | 14,2 % |
| 1.08.81 – Pourcentage de séjour de 24 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale | 37,4 % | < 15,0 % | 32,8 % |

## COMMENTAIRES

**1.08.07 – Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale**

- Il y a une amélioration notable par rapport au résultat de l'an dernier.
- Un plan de désengorgement est en cours pour l'urgence santé mentale (SM) du CHUS - Hôtel-Dieu, principale urgence touchée par la santé mentale.
- Malgré une augmentation de la clientèle sur civière, 623 patients de plus que l'an dernier, la durée moyenne de séjour (DMS) a diminué pour cet établissement, passant de 35,3 jours à 28,6 jours. Ce résultat, pour le CHUS - Hôtel-Dieu, explique la donnée régionale élevée.

**1.08.08 – Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale**

- L'explication est essentiellement la même, mais il est intéressant de noter que les DMS, pour le CHUS - Hôtel-Dieu a diminué de façon significative pour tous les séjours ciblés, depuis 2009-2010, coïncidant avec la mise en place du plan de désengorgement.

**Nom : Sylvie Gendron** **Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | URGENCES |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière (pour un problème de santé mentale)<br>* Plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 1.09.31 – Pourcentage de séjour de 24 heures et plus sur civière | 13,4 % | < 13,0 % | 14,0 % |
| 1.09.03 – Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière | 2,2 % | < 2,0 % | 2,4 % |
| 1.09.01 – Séjour moyen sur civière (heures) | 12,2 | < 10,8 | 12,4 |

**COMMENTAIRES**

**Nom : Sylvie Gendron** **Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | URGENCES |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière (pour un problème de santé mentale)<br>* Plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 1.09.02 – Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus | 13,6 | < 13,0 | 14,3 |
| 1.09.04 – Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus | 1,5 % | < 1,6 % | 2,4 % |
| 1.09.41 – Pourcentage de séjour de 24 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus | 17,2 % | < 15,0 % | 18,8 % |

**COMMENTAIRES**

**Nom : Sylvie Gendron** **Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | SANTÉ MENTALE |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 3.1.7 Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès :<br>• aux services spécifiques de première ligne offerts par les CSSS à l'intérieur de 30 jours<br>• aux services spécialisés de deuxième et de troisième ligne à l'intérieur de 60 jours |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 1.08.11 – Pourcentage d'usagers dont les services spécifiques de santé mentale de 1re ligne en CSSS ont débuté à l'intérieur de 30 jours | N/D | 90,0 % | N/D |
| 1.08.12 – Pourcentage d'usagers dont les services spécialisés de santé mentale de 2e – 3e lignes ont débuté à l'intérieur de 60 jours | N/D | 90,0 % | N/D |

**COMMENTAIRES**

Les indicateurs 1.08.11 et 1.08.12 n'ont pas été suivis en 2011-2012.
En attente des travaux du MSSS.

**Nom : Marie-Hélène Ferragne** **Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | RÉFÉRENCES AUX SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 3.1.8 Améliorer l'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant certaines conditions cliniques et référées par un médecin de famille |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 1.09.38 – Pourcentage des CSSS ayant mis en place un mécanisme d'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant des conditions cliniques de nature subaiguë ou semi-urgente et référées par un médecin de famille | N/D | 12 % | Non réalisé |

**COMMENTAIRES**

Les travaux débuteront à l'automne 2012 et le mécanisme d'accès sera déployé au CHUS et non dans les CSSS suite à une décision régionale.

**Nom : Marie-France Fournier** **Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 1.01.19 – Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés présentant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux taux établis | 100 % | 100 % | 100 % |

## COMMENTAIRES

Les infections nosocomiales suivantes font l'objet d'une surveillance obligatoire dans les CHSGS qui ont un volume d'admissions d'au moins 1000 patients /an ou des activités particulières (ex.: unité de soins intensifs)

- diarrhées associées à Clostridium difficile (DACD)
- bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM)
- bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (BACC)

Des taux d'incidence ont été établis par un groupe d'experts et tiennent compte des caractéristiques d'âge de la clientèle, du nombre de lits et de la mission de l'établissement. Ces taux établis constituent une norme ou un seuil à ne pas dépasser. Cette surveillance standardisée permet également de comparer les établissements québécois entre eux ainsi qu'à suivre ces infections dans le temps dans un même établissement.

En Estrie, 3 établissements à mission CHSGS participent au programme DACD et des bactériémies à SARM, alors que seul le CHUS est visé pour le programme BACC. En 2011-2012, les établissements de l'Estrie continuent d'avoir des taux d'incidence inférieurs ou égaux aux taux établis, ce qui du point de vue régional est tout à fait satisfaisant. Voici les résultats 2011-2012 par programme et par établissements.

**DACD d'origine nosocomiale**

| ÉTABLISSEMENT | INSTALLATION | TAUX ÉTABLI | TAUX OBSERVÉ [IC À 95 %] |
|---|---|---|---|
| | | (/ 10 000 JOURS-PRÉSENCE) | |
| CHUS | HÔPITAL FLEURIMONT | 6,6 [6,0 ; 7,2] | 2,4 [1,6 ; 3,4] |
| | HÔTEL-DIEU DE SHERBROOKE | 9,0 [8,6 ; 9,5] | 3,7 [2,4 ; 5,3] |
| CSSS DE MEMPHRÉMAGOG | CSSS MEMPHRÉMAGOG | 4,4 [3,8 ; 5,0] | 4,4 [1,4 ; 9,1] |
| CSSS DU GRANIT | CSSS DU GRANIT | 4,4 [3,8 ; 5,0] | 0 |

**Bactériémies nosocomiales à SARM**

| ÉTABLISSEMENT | INSTALLATION | TAUX ÉTABLI | TAUX OBSERVÉ |
|---|---|---|---|
| | | (/ 10 000 JOURS-PRÉSENCE) | |
| CHUS | HÔPITAL FLEURIMONT | 1,30 | 0,08 |
| | HÔTEL-DIEU DE SHERBROOKE | 0,96 | 0,14 |
| CSSS DE MEMPHRÉMAGOG | CSSS MEMPHRÉMAGOG | 0,56 | 0 |
| CSSS DU GRANIT | CSSS DU GRANIT | 0,56 | 0 |

**Bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (BACC)**

| ÉTABLISSEMENT | INSTALLATION | USI | TAUX ÉTABLI | TAUX OBSERVÉ [IC À 95 %] |
|---|---|---|---|---|
| | | | (/ 10 000 JOURS-PRÉSENCE) | |
| CHUS | HÔTEL-DIEU DE SHERBROOKE | MIXTE | 3,15 | 0 |
| | HÔPITAL FLEURIMONT | CHIRURGICALE | 3,15 | 0,39 |
| | HÔPITAL FLEURIMONT | MÉDICALE | 3,15 | 0,63 |
| | HÔPITAL FLEURIMONT | NÉONATALE | 6,62 | 1,92 |

**Nom : Suzanne Ménard** **Date : 1er juin 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | DISPONIBILITÉ ET UTILISATION OPTIMALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE DU RÉSEAU |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles |
| | 5.1.4 Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail |
| | 5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité |
| | 5.1.6 Réduire le recours à la main d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 3.08 – Pourcentage d'établissements et d'Agences ayant mis à jour leur plan de main-d'oeuvre | N/D | 50 % | 38 % (6/16) |
| 3.09 – Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation de travail | N/D | 100 % | 83 % (10/12) |
| 3.05.01 – Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières et par l'ensemble du réseau - Infirmières | 4,97 % | < 4,74 % | 5,07 % |
| 3.05.02 – Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières et par l'ensemble du réseau – Ensemble du réseau | 3,01 % | < 2,63 % | 2,98 % |
| 3.06.01 – Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers - Infirmières | 0,38 % | < 0,38 % | 0,13 % |
| 3.06.02 - Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers – Infirmières auxiliaires | 0,18 % | < 0,17 % | 0,37 % |
| 3.06.03 - Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers – Préposé aux bénéficiaires | 0,02 % | < 0,02 % | 0,06 % |

## COMMENTAIRES (OBJECTIFS 5.1.3, 5.1.4, 5.1.5 ET 5.1.6)

**3.08 – Pourcentage d'établissements et d'Agences ayant mis à jour leur plan de main d'oeuvre**

Six établissements ont mis à jour leur plan de main d'œuvre et six autres l'ont débuté.

Pour l'année 2012-2013, un nouveau cadre normatif en gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre (GPMO) sera disponible. Ce cadre oblige les établissements et l'Agence à élaborer, pour 2015, des plans d'action pour la planification de la main-d'œuvre. En Estrie, trois établissements entreprendront cet exercice dès 2013. En somme, on peut s'attendre dans les prochaines années à une hausse de performance relative aux plans de main-d'œuvre.

**3.09 – Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail**

Deux établissements n'ont pas réalisé de projet d'organisation du travail en lien avec une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail. Par « concertée », il faut comprendre que le projet devait être réalisé en collaboration avec les instances syndicales et professionnelles locales.

**3.05.01 – Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières et par l'ensemble du réseau – Infirmières et**
**3.05.02 – Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières et par l'ensemble du réseau – Ensemble du réseau**

Pour quelques établissements de la région, le recours aux heures supplémentaires a été nécessaire afin de répondre aux besoins de soins et de services de la clientèle. Une recrudescence de la demande pour les soins et les services dans plusieurs centres d'activités peut justifier un tel recours. Aussi, la rareté de la main d'œuvre s'avère être le principal motif pouvant expliquer une hausse des heures supplémentaires en établissement. Par exemple, les équipes de travail et les gestionnaires doivent composer avec des demandes de congé toujours grandissantes : absences maladie, congés parentaux, retraites progressives, congés pour études... Ces congés exercent une grande pression sur les équipes puisque le personnel doit être remplacé afin d'assurer la continuité des soins et des services. Afin que des mesures soient prises pour rétablir la situation, un plan d'action 2012-2013 a été demandé pour certains établissements. D'autres ont déjà pris des mesures afin d'amoindrir l'impact des heures supplémentaires.

**3.06.02 - Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers – Infirmières auxiliaires**
**et**
**3.06.03 - Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers – Préposé aux bénéficiaires**

L'écart s'explique par le recours à la main-d'œuvre indépendante inhabituelle par deux établissements de la région. Ces établissements ont eu des difficultés de recrutement pour ces deux titres d'emploi. Des interventions de l'Agence ont été faites au cours de l'année auprès des établissements concernés afin de corriger la situation. De plus, un plan d'action 2012-2013 leur a été demandé.

**Nom : André Jalbert** **Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | RÉTENTION ET MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé. |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 3.14 – Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines | 82 % (9/11) | 100 % | 100 % |
| 3.13 – Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail | 8 % (1/12) | 20 % | 17 % (2/12) |

## COMMENTAIRES

**3.13 – Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail**
Cinq établissements en processus d'obtenir leur accréditation dont un pour le programme Entreprise en santé et les autres pour le programme Planetree. Les deux accréditations ont été émises pour le programme Planetree.

**Nom : André Jalbert** **Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | RÉTENTION ET MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 3.01 – Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées | 5,35 % | < 5,12 % | 5,34 % |

**COMMENTAIRES**

Globalement, la région est restée stable. Des plans d'action pour 2012-2013 ont été demandés à deux établissements où l'on retrouve des écarts plus grands que le reste de la région.

**Nom : André Jalbert** **Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | RÉTENTION ET MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL |
|---|---|
| Objectifs de résultats | 5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 3.10 – Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique – Volet préceptorat | 0 % (0/8) | 100 % | 50 % (4/8) |

**COMMENTAIRES**

Le manque d'effectifs infirmiers (préceptrice) explique en partie la non atteinte de la cible. Deux établissements n'ont pas débuté le programme de soutien clinique et les deux autres sont en cours d'implantation. Des actions sont prises pour corriger la situation dans la prochaine année.

**Nom : André Jalbert** **Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | MALADIES INFECTIEUSES - VACCINATION |
|---|---|

Objectifs de résultats

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 1.01.14 – Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur 1re dose de vaccin contre DCaT-Polio Hib dans les délais | 60,5 % | 85,0 % | 80.7 % |
| 1.01.15 – proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais | 42,2 % | 85,0 % | 61,0 % |
| 1.01.16.01 – Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur 1re dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais | N/D | 85,0 % | 60.2 % |

## COMMENTAIRES

Malgré la non atteinte des nouvelles cibles des indicateurs nationaux en vaccination (85 % des enfants vaccinés 2 semaines après la date prévue pour les vaccins DCaT-Polio-Hib à 2 mois, RRO et méningo C à 12 mois), on constate une amélioration sensible depuis les dernières années dans tous les territoires de CSSS (bond de 20 % dans la dernière année).

Des ententes régionales de gestion sont convenues avec les CSSS de l'Estrie pour l'atteinte de cibles en vaccination, qui diffèrent un peu de celles déterminées au niveau provincial. L'amélioration de l'atteinte de ces cibles passe par l'implantation des 11 stratégies de notre plan d'action régional en vaccination chez les 0-2 ans (2011-2013), plan qui fera l'objet d'une évaluation formelle par le comité de mise en œuvre réunissant des représentants des 7 CSSS et la direction de la santé publique (DSP).

**Nom : Suzanne Ménard** **Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | TRAJECTOIRE DES CLIENTÈLES GÉRIATRIQUES ET CLIENTÈLES TRANSITANT PAR L'HÔPITAL |
|---|---|
| Objectifs de résultats | Respecter la cible quotidienne de trois personnes et moins considérées en fin de soins actifs et occupant un lit de courte durée en CHSGS pour chacune des catégories |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 4.01.01 – Nombre moyen de patients en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD) | 0,9 | < 3,0 | 0,8 |
| 4.01.02 – Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD) | 0,0 | < 3,0 | 0,3 |
| 4.01.03 – Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD) | 0,0 | < 3,0 | 1,9 |
| 4.01.04 – Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD) | 1,6 | < 3,0 | 2,1 |
| 4.01.05 – Nombre moyen de patients en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale | 1,3 | < 3,0 | 2,9 |
| 4.01.06 – Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale | 0,7 | < 3,0 | 0,4 |
| 4.01.07 – Nombre moyen de patients en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD) | 0,8 | < 3,0 | 1,1 |

**COMMENTAIRES**

**Nom : Sylvie Gendron** **Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

| AXE D'INTERVENTION: | TRAJECTOIRE DES CLIENTÈLES GÉRIATRIQUES ET CLIENTÈLES TRANSITANT PAR L'HÔPITAL |
|---|---|
| Objectifs de résultats | Le taux respectifs de déclaration en hébergement à partir du centre hospitalier doit diminuer pour se situer à moins de 5 % |

| INDICATEURS | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| 4.01.08 – Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus | 5,01 % | < 5,00 % | 6,17 % |

## COMMENTAIRES

Cet indicateur concerne 4 établissements de la région.

En 2011-2012, le taux régional s'est détérioré et s'éloigne de la cible de 5,0 %.
Un seul établissement a vu son taux s'améliorer en 2011-2012. Ce dernier avait effectué l'analyse des situations de l'année précédente afin d'apporter une meilleure concertation intrahospitalière. Un établissement entend revoir certains processus médicaux en vue d'améliorer sa situation en 2012-2013.

La récente ouverture (fin octobre 2011 à la mi-mars 2012) de 23 places UTRF et l'ajout de 16 autres places en 2012-2013 faciliteront davantage le transfert de clientèles en fin de soins actifs. Le potentiel de récupération des personnes pourrait contribuer à éviter de placer une demande d'hébergement alors que la personne âgée se trouve dans un lit de courte durée.

En Estrie, 39,8 % des personnes âgées en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS sont suivis par un gestionnaire de cas. Ainsi, nous notons que les personnes qui ont signé l'OÉMC en lien avec la demande d'hébergement alors que leur clientèle est hospitalisée au CHUS correspond à plus d'une demande sur deux par un intervenant du CSSS (134 des 260 demandes répertoriées pour les 12 premières périodes) dans le taux de déclaration de cet établissement. Les 3 autres CSSS concernés ont également des gestionnaires de cas à leur emploi qui signent aussi les demandes d'hébergement en provenance de la courte durée.

D'autres facteurs d'analyse devraient être mis en perspective dans l'analyse de la donnée du taux de déclaration, comme l'évolution dans les mois qui suivent l'admission. En Estrie, le taux de roulement de la clientèle en CHSLD est connu. Tous âges confondus, 44 % des personnes admises dans l'année quitte le milieu principalement suite à leur décès.

**Nom : Louise Constantin Date : 31 mars 2012**

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

# ANNEXE 5

## > EFFECTIFS DE L'AGENCE

### LES RESSOURCES HUMAINES DE L'AGENCE

| | AU 31 MARS 2011 | AU 31 MARS 2012 |
|---|---|---|
| **Note 1: Effectifs de l'Agence:** | | |
| Les cadres: | | |
| - Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi) | 12 | 14 |
| - Temps partiel Nombre de personnes. Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi) | 0,8 | 0,8 |
| - Nombre de cadres en stabilité d'emploi | - | - |
| **Les employés réguliers: (en date du 31 mars)** | | |
| - Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi) | 133 | 131 |
| - Temps partiel Nombre de personnes. Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi) | 9,2 | 9 |
| - Nombres d'employés en sécurité d'emploi | - | - |
| **Les occasionnels:** | | |
| - Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice | 47 684,10 | 54 042,56 |
| - Équivalents temps complet (b) | 26,66 | 29,57 |

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers:
Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par
Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels:
Nombre d'heures rémunérées divisé par
1827 heures

Source : Rapport P1731 et P1720 de Logibec.

# LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

## Les établissements

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Centre de santé et de services sociaux des Sources

Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook

Centre de santé et de services sociaux du Granit

Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François

Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François

Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog

Centre jeunesse de l'Estrie

Centre Jean-Patrice-Chiasson/Maison Saint Georges (centre de réadaptation – santé mentale et toxicomanie)

Centre d'accueil Dixville inc. (centre de réadaptation – déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement)

Centre de réadaptation Estrie (centre de réadaptation – déficience physique)

Villa Marie-Claire (centre de réadaptation – mères en difficulté d'adaptation)

Maison Blanche de North Hatley (centre d'hébergement et de soins de longue durée pour personnes ayant des problèmes de santé mentale)

Centre d'hébergement et de soins de longue durée Vigi Shermont (centre pour personnes en perte d'autonomie)

Centre d'hébergement et de soins de longue durée Wales. (centre pour personnes en perte d'autonomie)


## L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

**SIÈGE SOCIAL**
300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1
Téléphone : 819 566-7861

**RESSOURCES INFORMATIONNELLES**
295, rue Olivier
Sherbrooke (Québec) J1H 1X4
Téléphone : 819 566-7861



***Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie***
Québec